

Personnes à risques : analyse socio- économique de la santé et de l'alphabétisme chez les personnes âgées

*Paul Roberts
Gail Fawcett*



Statistique
Canada

Développement des ressources
humaines Canada

Statistics
Canada

Human Resources
Development Canada

Canada

Des données sous plusieurs formes

Statistique Canada diffuse les données sous formes diverses. Outre les publications, des totalisations habituelles et spéciales sont offertes. Les données sont disponibles sur Internet, disque compact, disquette, imprimé d'ordinateur, microfiche et microfilm, et bande magnétique. Des cartes et d'autres documents de référence géographiques sont disponibles pour certaines sortes de données. L'accès direct à des données agrégées est possible par le truchement de CANSIM, la base de données ordinoilingue et le système d'extraction de Statistique Canada.

Comment obtenir d'autres renseignements

Toute demande de renseignements au sujet du présent produit ou au sujet de statistiques ou de services connexes doit être adressée à : Eddy Ross, Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6 (téléphone : (613) 951-3240) ou à l'un des centres de consultation régionaux de Statistique Canada :

Halifax	(902) 426-5331	Regina	(306) 780-5405
Montréal	(514) 283-5725	Edmonton	(403) 495-3027
Ottawa	(613) 951-8116	Calgary	(403) 292-6717
Toronto	(416) 973-6586	Vancouver	(604) 666-3691
Winnipeg	(204) 983-4020		

Vous pouvez également visiter notre site sur le Web :

<http://www.statcan.ca>

Un service d'appel interurbain sans frais est offert à **tous les utilisateurs qui habitent à l'extérieur des zones de communication locale** des centres de consultation régionaux.

Service national de renseignements	1 800 263-1136
Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants	1 800 363-7629
Numéro pour commander seulement (Canada et États-Unis)	1 800 267-6677

Renseignements sur les commandes et les abonnements

Les prix ne comprennent pas les taxes de vente

Le produit n° 89-552-MPF au catalogue paraît (irrégulière) en version imprimée standard. Au Canada, un numéro coûte 10,00 \$. À l'extérieur du Canada, un numéro coûte 10,00 \$US. Veuillez commander par la poste, en écrivant à Statistique Canada, Division de la diffusion, Gestion de la circulation, 120, avenue Parkdale, Ottawa (Ontario) K1A 0T6; par téléphone, en composant le **(613) 951-7277** ou le **1 800 770-1033**; par télécopieur, en composant le **(613) 951-1584** ou le **1 800 889-9734**; ou par Internet, en vous rendant à order@statcan.ca. Lorsque vous signalez un changement d'adresse, veuillez nous fournir l'ancienne et la nouvelle adresses. On peut aussi se procurer les produits de Statistique Canada auprès des agents autorisés, dans les librairies et dans les bureaux régionaux de Statistique Canada.

On peut aussi se procurer ce produit sans frais sur Internet (n° 89-552-MIF au catalogue).

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois et dans la langue officielle de leur choix. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle qui doivent être observées par les employés lorsqu'ils offrent des services à la clientèle. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec le centre de consultation régional de Statistique Canada le plus près de chez vous.

Le papier utilisé dans la présente publication répond aux exigences minimales de l'«American National Standard for Information Sciences» - «Permanence of Paper for Printed Library Materials», ANSI Z39.48 - 1984.



Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes

Personnes à risques : analyse socioéconomique de la santé et de l'alphabétisme chez les personnes âgées

Paul Roberts et Gail Fawcett

Centre de statistiques internationales au Conseil canadien de développement social

L'Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes (EIAA), projet auquel ont participé sept pays, a été réalisée au cours de l'automne de 1994. Le volet canadien de l'EIAA était financé principalement par la Direction générale de la recherche appliquée et le Secrétariat national à l'alphabétisation de Développement des ressources humaines Canada.

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 1998

Tous droits réservés. Il est interdit de reproduire ou de transmettre le contenu de la présente publication, sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, enregistrement sur support magnétique, reproduction électronique, mécanique, photographique, ou autre, ou de l'emmagasiner dans un système de recouvrement, sans l'autorisation écrite préalable des Services de concession des droits de licence, Division du marketing, Statistique Canada, Ottawa, Ontario, Canada, K1A 0T6.

Novembre 1998

N° 89-552-MPF au catalogue, n° 5

ISSN 1482-7476

ISBN 0-660-96083-4

N° 89-552-MIF au catalogue, n° 5

ISSN 1480-9524

Périodicité : irrégulier

Ottawa

Statistique Canada

Développement des ressources humaines Canada

Secrétariat national à l'alphabétisation

Nous désirons toutefois souligner que l'interprétation des données et les recommandations générales exposées dans le présent rapport sont propres aux auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles des organismes subventionnaires ou des évaluateurs.

Données de catalogage avant publication (Canada)

Roberts, Paul O.

Personnes à risques : analyse socioéconomique de la santé et de l'alphabétisme chez les personnes âgées.

(Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes, ISSN 1482-7476)

Publié en collaboration avec: Développement des ressources humaines Canada [et] Secrétariat national à l'alphabétisation.

Publié aussi en anglais sous le titre: At risk : a socio-economic analysis of health and literacy among seniors.

ISBN 0-660-96083-4

CS89-552-MPF no 5

1. Alphabétisation fonctionnelle — Canada — Statistiques.
2. Personnes âgées — Éducation — Canada — Statistiques.
3. Personnes âgées — Santé et hygiène — Canada — Statistiques.
4. Personnes âgées — Canada — Conditions sociales — Statistiques.
5. Alphabétisation — Canada — Statistiques. 6. Canada — Statistiques démographiques. I. Fawcett Gail. II. Statistique Canada. III. Canada. Développement des ressources humaines Canada. IV. Canada. Secrétariat national à l'alphabétisation. V. Collection.

LC154 A8714 1998
C98-988021-4

302.2'244'08460971

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population, les entreprises, les administrations canadiennes et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques précises et actuelles.

Table des matières

Introduction	9
Chapitre 1 Lien entre la santé de la population et l'environnement socioéconomique	11
Chapitre 2 Alphabétisme et acquisition de l'information chez les personnes âgées	21
Conclusion	41
Notes	43
Bibliographie	45
Annexe A	49

Liste des graphiques

Graphique 1.1 Proportion de Canadiens en très bonne ou en excellente santé, selon l'état matrimonial et l'âge	13
Graphique 1.2 Proportion de Canadiens en très bonne ou en excellente santé, selon l'âge, l'état matrimonial et le sexe	13
Graphique 1.3 Proportion de Canadiens en très bonne ou en excellente santé, selon l'âge et le sexe	15
Graphique 1.4 Proportion de Canadiens en très bonne ou en excellente santé, selon l'âge et le niveau de scolarité	18
Graphique 2.1 Proportion de Canadiens plus âgés qui ont terminé leurs études secondaires ou fait des études plus poussées, selon l'âge et le niveau de capacités de lecture à l'égard de textes suivis	26
Graphique 2.2 Proportion de Canadiens plus âgés qui ont terminé leurs études secondaires ou fait des études plus poussées, selon le niveau de capacités de lecture à l'égard de textes suivis, l'âge et le sexe	28
Graphique 2.3 Proportion de Canadiens de 65 ans et plus qui n'ont besoin d'aucune aide pour accomplir certaines activités, selon le niveau de capacités de lecture à l'égard de textes suivis	30
Graphique 2.4 Proportion de Canadiens de 65 ans et plus qui s'adonnent quotidiennement à certaines activités, selon le niveau de capacités de lecture à l'égard de textes suivis	31
Graphique 2.5 Proportion de Canadiens plus âgés qui regardent la télévision au moins deux heures par jour, selon l'âge et le niveau de capacités de lecture à l'égard de textes suivis	32
Graphique 2.6 Proportion de Canadiens de 65 ans et plus qui puisent une grande ou une certaine partie de leur connaissance des événements d'actualité dans certaines sources d'information quotidienne, selon la source et le niveau de capacités de lecture à l'égard de textes suivis	33
Graphique 2.7 Proportion de Canadiens de 65 ans et plus qui se sont attribué des capacités de lecture bonnes ou élevées, selon le niveau de capacités de lecture à l'égard de textes schématiques et de textes suivis	36
Graphique 2.8 Proportion de Canadiens classés aux plus faibles niveaux de capacités de lecture à l'égard de textes suivis (niveaux 1 et 2) qui lisent quotidiennement des instructions dans des recettes sur des contenants de médicaments, selon l'âge	38

Tableaux d'annexe

Tableau 1.1	État de santé, selon l'état matrimonial et l'âge	51
Tableau 1.2	État de santé des Canadiens plus âgés, selon l'état matrimonial, le sexe et l'âge	52
Tableau 1.3	État de santé, selon le sexe et l'âge	53
Tableau 1.4	État de santé, selon le mode d'occupation du logement et l'âge	54
Tableau 1.5	État de santé, selon le plus haut niveau de scolarité atteint et l'âge	55
Tableau 1.6	État de santé, selon le plus haut niveau de scolarité atteint, le sexe et l'âge	56
Tableau 1.7	État de santé, selon le revenu du ménage et l'âge	57
Tableau 1.8	État de santé, selon le revenu du ménage, le sexe et l'âge	58
Tableau 2.1	Capacités de lecture, selon l'âge et la catégorie de capacités de lecture	59
Tableau 2.2	Répartition des revenus des ménages pour l'Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes (EIAA) de 1994 et l'Enquête sur les finances des consommateurs (EFC) de 1994	59
Tableau 2.3	Niveau de capacités de lecture des Canadiens plus âgés à l'égard de textes suivis, selon le plus haut niveau de scolarité atteint et l'âge	60
Tableau 2.4	Niveau de capacités de lecture des Canadiens plus âgés à l'égard de textes schématiques, selon le plus haut niveau de scolarité atteint et l'âge	60
Tableau 2.5	Niveau de capacités de lecture des Canadiens plus âgés à l'égard de textes au contenu quantitatif, selon le plus haut niveau de scolarité atteint et l'âge	61
Tableau 2.6	Niveau de capacités de lecture à l'égard de textes suivis, selon le plus haut niveau de scolarité atteint, le sexe et l'âge	61
Tableau 2.7	Niveau de capacités de lecture à l'égard de textes schématiques, selon le plus haut niveau de scolarité atteint, le sexe et l'âge	62
Tableau 2.8	Niveau de capacités de lecture à l'égard de textes au contenu quantitatif, selon le plus haut niveau de scolarité atteint, le sexe et l'âge	63
Tableau 2.9	Niveau de capacités de lecture à l'égard de textes suivis, selon l'âge et le fait de s'adonner à certaines activités quotidiennes	64
Tableau 2.10	Niveau de capacités de lecture à l'égard de textes suivis, selon l'âge et le nombre d'heures par jour passées à regarder la télévision ou à visionner des vidéocassettes	65
Tableau 2.11	Niveau de capacités de lecture à l'égard de textes suivis, selon le sexe, l'âge et le nombre d'heures par jour passées à regarder la télévision ou à visionner des vidéocassettes	65
Tableau 2.12	Niveau de capacités de lecture des Canadiens de 25 à 44 ans à l'égard de textes suivis, selon leur degré de connaissance des événements d'actualité tirés de certaines sources d'information	66
Tableau 2.13	Niveau de capacités de lecture des Canadiens de 45 à 64 ans à l'égard de textes suivis, selon leur degré de connaissance des événements d'actualité tirés de certaines sources d'information	67
Tableau 2.14	Niveau de capacités de lecture des Canadiens de 65 ans et plus à l'égard de textes suivis, selon leur degré de connaissance des événements d'actualité tirés de certaines sources d'information	68
Tableau 2.15	Catégorie et niveau de capacités de lecture pour les Canadiens plus âgés qui n'ont pas besoin d'aide pour faire certaines activités, selon l'âge	69
Tableau 2.16	Catégorie et niveau de capacités de lecture pour les Canadiens plus âgés qui n'ont pas besoin d'aide pour faire certaines activités, selon le sexe et l'âge	70
Tableau 2.17	Autoévaluation des capacités de lecture, d'écriture et de calcul des personnes de 65 ans et plus, selon la catégorie et le niveau de capacités de lecture	71

Tableau 2.18	Fréquence de la lecture des instructions sur les contenants de médicaments et dans les recettes, selon le niveau de capacités de lecture à l'égard de textes suivis et l'âge	72
Tableau 2.19	Proportion de personnes qui lisent habituellement les sections du journal qui portent sur l'habitation, la mode et la santé, selon le niveau de capacités de lecture à l'égard de textes suivis et l'âge	72

Introduction

Une approche de la santé publique doit tenir compte du fait que de nombreux facteurs sont susceptibles d'influer sur la santé d'une population, l'un des plus importants étant l'environnement socioéconomique. Comme l'indique une ébauche d'un document de travail de l'Association canadienne de santé publique paru en 1996, « toutes ces informations indiquent que l'environnement socio-économique constitue un facteur déterminant de la santé sur lequel il est possible d'agir et que la politique publique est l'instrument permettant de modifier cet environnement » (Association canadienne de santé publique (ACSP), 1997, p. v).

Des travaux de recherche de plus en plus nombreux montrent que les pratiques et les facteurs sociaux, démographiques et économiques ont une incidence sur la santé d'une population. La documentation sur le sujet inclue des études sur le lien entre la santé d'une population et des facteurs tels que le revenu, la scolarité, la situation professionnelle, l'état matrimonial, la structure familiale, le lieu de résidence (urbain ou rural), le sexe, le mode d'occupation du logement, la situation géographique et la situation vis-à-vis de l'immigration.

Dans le chapitre 1 du présent rapport, nous passerons en revue la documentation précitée et nous y ajouterons les résultats de nos propres recherches basées sur l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1994. Nos résultats corroborent la documentation existante pour ce qui est de l'existence d'un lien entre l'état de santé et deux variables socioéconomiques particulières : le revenu et la scolarité. Nos résultats indiquent de plus que certaines des relations entre quelques-uns des facteurs et l'état de santé peuvent varier suivant les groupes d'âge. Nous examinerons ici la situation particulière des personnes âgées¹.

Outre qu'ils sont liés à l'état de santé de la population, ces facteurs socioéconomiques ont également un lien avec le niveau de capacités de lecture et les applications des capacités de lecture ainsi qu'avec les habitudes d'acquisition de l'information. Bien que l'influence de nombreux facteurs socioéconomiques sur la santé soit de mieux en mieux documentée, on en sait beaucoup moins sur les capacités de lecture et leurs applications ainsi que sur les habitudes d'acquisition de l'information chez les personnes exposées à des risques plus élevés en matière de santé. Nous devons aussi nous demander comment ces liens se modifient au cours des différentes étapes de la vie.

Il est important de comprendre ces liens pour plusieurs raisons. De faibles capacités de lecture et une faible application de celles-ci peuvent faire obstacle à l'acquisition de bonnes habitudes en matière de santé et à de saines décisions concernant les habitudes de vie. L'alphabétisme peut donc être vu comme un enjeu d'importance en matière de promotion de la santé. En effet, l'amélioration du niveau d'alphabétisme peut contribuer à l'atteinte des objectifs visés en ce domaine, et la compréhension des applications des capacités de lecture et des tendances de l'alphabétisme constitue un premier pas vers une communication plus efficace des messages adressés aux populations cibles à l'égard de la santé.

Dans le chapitre 2 du rapport, nous examinerons les variations observées dans les capacités de lecture et leurs applications ainsi que dans les habitudes d'acquisition de l'information chez les

personnes âgées, pour certaines variables socioéconomiques, en utilisant les données pour le Canada recueillies lors de l'Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes (EIAA) de 1994. Bien qu'elle ne puisse être considérée comme un instrument de vérification directe de l'existence d'un lien entre l'alphabétisme et l'état de santé², la présente étude vise à mettre en corrélation et à comparer les caractéristiques sur le plan de la santé des personnes âgées avec leurs capacités de lecture et les applications de celles-ci. Nos résultats corroborent le point de vue suivant lequel les personnes âgées ayant de faibles capacités de lecture sont plus susceptibles de souffrir de problèmes de santé que les personnes âgées ayant des capacités élevées.

Chapitre 1

Lien entre la santé de la population et l'environnement socioéconomique

La recherche dans le domaine de la santé s'est traditionnellement concentrée sur l'importance de variables évidentes sur le plan de la santé telles que la génétique, les facteurs biomédicaux, les habitudes de vie, les comportements à risques et les soins de santé. L'importance de cette recherche est indéniable, mais il est de plus en plus évident que la santé d'une population est aussi étroitement liée à des variables économiques et sociales. Beaucoup considèrent le statut socioéconomique, par exemple, comme un prédicteur fondamental de l'état de santé. On a prouvé que « le taux de prévalence des maladies suit un gradient allant du haut au bas de l'échelle sociale pour presque tous les types de maladies ayant fait l'objet d'une étude, et pratiquement partout dans le monde » [traduction] (Syme, 1994).

Divers facteurs sociaux, démographiques et économiques semblent être liés à l'état de santé d'une population. On ne comprend pas encore complètement aujourd'hui les interactions complexes entre ces facteurs; il se peut, de plus, que la nature du lien entre ces variables et la santé varie en fonction de l'âge des personnes. Nous examinerons ici un certain nombre de ces facteurs ainsi que leur relation avec la santé d'une population, en mettant l'accent sur les personnes âgées.

Facteurs sociaux et démographiques

On trouve dans la documentation des preuves du lien étroit qui existe entre l'état de santé et l'environnement social dans lequel les gens vivent. Un des principaux facteurs sociaux ayant fait l'objet d'études est l'**état matrimonial**. Les chercheurs ont constaté, de façon générale, que les personnes mariées tendent à être en meilleure santé et à vivre plus longtemps que celles qui ne sont pas mariées (Conseil du premier ministre sur la santé, 1991, tel que cité dans ACSP, 1997; Goldman, Korenman et Weinstein, 1995; Choi, 1996; Lillard et Panis, 1996). Deux approches théoriques différentes — la sélection et la protection — sont prédominantes dans la documentation en ce qui concerne le rôle du mariage à l'égard de la santé.

Les partisans de l'hypothèse de la sélection affirment que les personnes en meilleure santé ont plus de chances d'être sélectionnées en vue d'un mariage; dans le même ordre d'idées, les gens en meilleure santé sont peut-être mieux en mesure de « maintenir des liens conjugaux et donc de présenter un taux moindre de rupture des liens matrimoniaux » [traduction] (Lillard et Panis, 1996, p. 314). On a également laissé entendre que la solidité du lien entre la santé et la sélection en vue du mariage dépend du nombre de personnes célibataires dans la population (Hu et Goldman, 1990; Kisker et Goldman, 1987; Livi-Bacci, 1984). Cet ensemble d'hypothèses suggère, dans l'ensemble, que plus la proportion de célibataires dans une population est petite, plus l'écart entre l'état de santé des personnes mariées et celui des célibataires s'accroît.

L'hypothèse de la protection stipule que le mariage offre une certaine protection contre la maladie. On a invoqué un certain nombre de mécanismes pour expliquer la façon dont cette protection est fournie dans les faits :

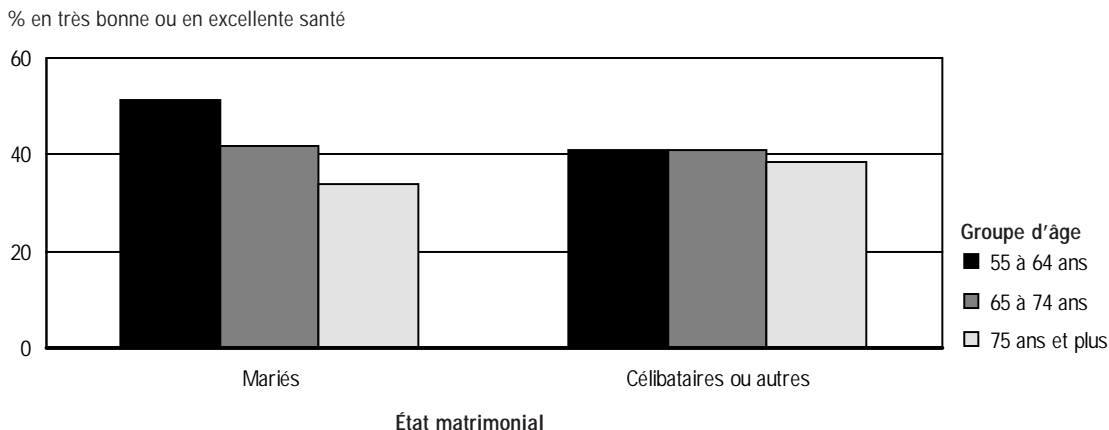
- le mariage pourrait encourager des comportements sains et décourager les comportements à risques;
- le mariage pourrait favoriser un renforcement du soutien social (un réseau plus étendu de parents et d'amis);
- le mariage pourrait faciliter l'obtention de soins pendant les périodes de maladie, ce qui entraînerait un rétablissement plus rapide et plus complet;
- le mariage pourrait être associé à une réduction du stress, ce qui entraînerait un risque moindre d'ennuis de santé dus au stress;
- le mariage pourrait contribuer au bien-être économique des personnes, ce qui déboucherait sur une meilleure santé.

Un éventail de mécanismes ont été proposés, mais il reste à examiner la manière exacte dont ces facteurs relient l'état matrimonial à la santé. Quelques travaux ont été effectués dans ce domaine, notamment en ce qui concerne le soutien social en général. On a constaté qu'habituellement les personnes possédant un réseau social plus vaste ont tendance à être en meilleure santé et à se rétablir plus rapidement à la suite d'une maladie, adoptent des comportements plus positifs vis-à-vis des soins de santé et vivent plus longtemps (Shye, Mullooly, Freeborn et Pope, 1995; Johnson, 1996; Choi, 1996; Nelson, 1993; ACSP, 1997). On a néanmoins remarqué que ces associations dépendaient du sexe; les femmes, par exemple, ont tendance à entretenir un réseau social plus important que les hommes. Elles pourraient en fait *avoir besoin* d'un réseau social plus étendu que celui des hommes pour pouvoir en tirer parti sur le plan de la santé. Cela permet de penser que les hommes et les femmes possèdent des seuils différents d'interaction entre le réseau social et les avantages sur le plan de la santé. D'autres preuves montrent également que le rôle du soutien social dans l'obtention d'un avantage sur le plan de la santé pourrait être plus important pour les personnes âgées que pour les plus jeunes (Shye et autres, 1995).

On pense que les réseaux de soutien social diffèrent selon le sexe, l'âge, l'état matrimonial, le lieu de résidence (urbain ou rural), la race et l'origine ethnique. On considère par exemple que des différences dans le niveau de soutien social sont partiellement responsables d'écart dans l'état de santé entre les personnes âgées vivant à la campagne et celles vivant en ville aux États-Unis (Johnson, 1996)³.

L'hypothèse de la sélection et l'hypothèse de la protection soutiennent donc toutes deux l'existence d'un lien entre l'état matrimonial et la santé au sein de la population. Ce lien semble néanmoins varier en fonction de l'âge. Des données canadiennes recueillies lors de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1994 montrent que chez les personnes autres que les personnes âgées, les gens mariés étaient plus susceptibles que ceux qui n'étaient pas mariés (jamais mariés, divorcés, séparés ou veufs) d'être en très bonne ou en excellente santé (voir le graphique 1.1). La relation entre le mariage et la santé chez les personnes autres que les personnes âgées était la plus forte chez celles ayant entre 25 et 34 ans; 73,8 % des personnes mariées étaient en très bonne ou en excellente santé. Les différences proportionnelles les plus grandes apparaissaient néanmoins entre les gens mariés et les célibataires ou les autres dans les groupes d'âge de 45 à 54 ans et de 55 à 64 ans (voir le tableau 1.1 à l'annexe A)⁴.

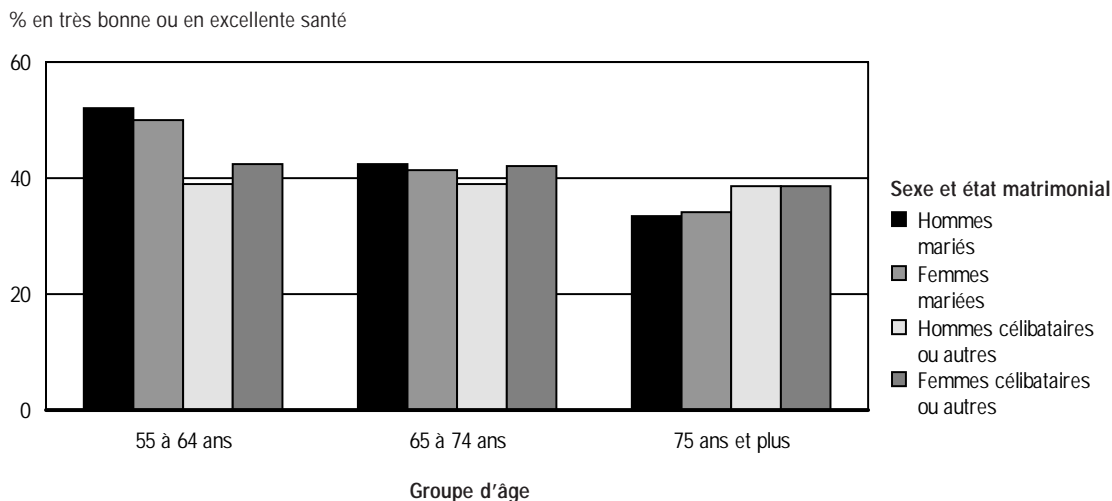
Graphique 1.1 Proportion de Canadiens en très bonne ou en excellente santé, selon l’état matrimonial et l’âge



Il est intéressant de constater que la relation entre l’état matrimonial et la santé semble s’inverser pour les personnes âgées de 75 ans et plus. Dans ce groupe d’âge, les gens qui n’ont jamais été mariés, les divorcés, les séparés ou les veufs (les célibataires du graphique 1.1 et du tableau 1.1) présentaient une probabilité légèrement plus élevée d’être en très bonne ou excellente santé que ceux qui avaient été mariés. Environ 38,6 % des personnes âgées célibataires ou autres avaient une très bonne ou une excellente santé, comparativement à 33,8 % des personnes âgées mariées.

Il existe également des différences importantes liées au sexe en ce qui concerne la relation entre le mariage et la santé. Comme on peut le voir à la lecture du graphique 1.2 et du tableau 1.2, la relation positive entre le mariage et la santé pour les personnes de 55 à 64 ans était plus marquée chez les hommes que chez les femmes. La relation légèrement négative entre le mariage et la santé pour les personnes de 75 ans et plus était un peu plus prononcée chez les femmes que chez les hommes.

Graphique 1.2 Proportion de Canadiens en très bonne ou en excellente santé, selon l’âge, l’état matrimonial et le sexe



Ni le résultat suggérant que la relation positive entre le mariage et la santé est plus prononcée chez les hommes que chez les femmes (Goldman et autres, 1995), ni celui montrant que cette relation disparaît chez les personnes âgées (voir la discussion dans Choi, 1996), ne sont nouveaux. Des chercheurs ont découvert que les femmes âgées qui n'ont jamais été mariées sont en meilleure santé que leurs consœurs mariées (Goldman et autres, 1995). Selon une hypothèse avancée pour expliquer ce résultat, les femmes ont un « seuil » plus élevé pour tirer de leur réseau social des avantages sur le plan de la santé, et les femmes âgées célibataires ont des réseaux sociaux plus développés que ceux des femmes âgées mariées. Comme nous l'avons vu, les femmes ne commencent à jouir des avantages sur le plan de la santé procurés par un système de soutien social que lorsque ce dernier met en jeu un nombre élevé de personnes, tandis que les hommes parviennent à récolter des avantages sur le plan de la santé de réseaux de soutien social à partir d'un nombre largement moindre de personnes (Goldman et autres, 1995). Pour d'autres chercheurs, les écarts entre les niveaux de scolarité et de revenu des femmes âgées n'ayant jamais été mariées et ceux de leurs consœurs mariées (ou ayant déjà été mariées) constitueraient un des facteurs importants pour expliquer de tels résultats.

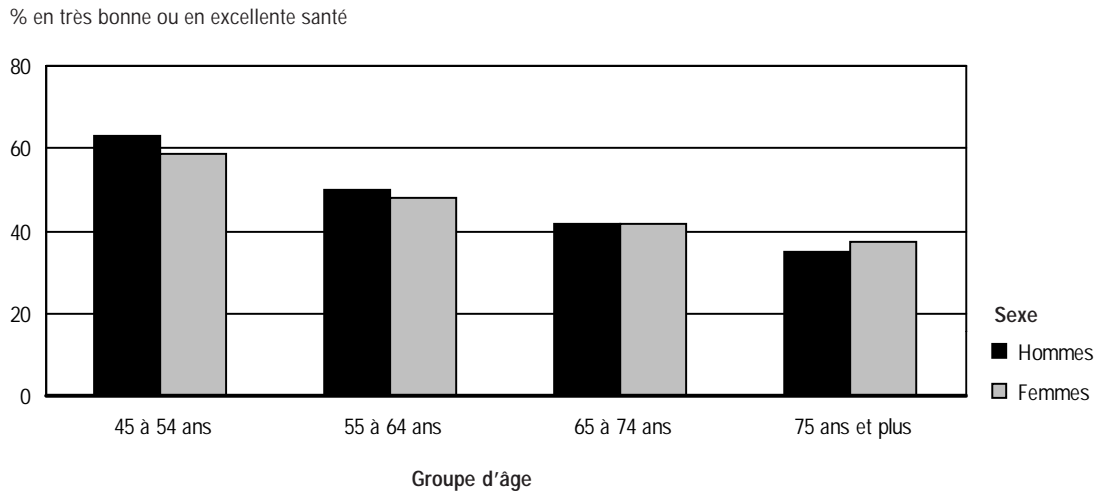
Un certain degré de sélection pourrait aussi se produire chez les personnes âgées. Par exemple, si les personnes célibataires en mauvaise santé sont plus susceptibles que les personnes mariées en mauvaise santé de se retrouver dans une institution pour personnes âgées en vieillissant (la plupart des enquêtes ne prennent pas en compte la population résidant dans des institutions), on pourrait s'attendre à ce que la population restante de célibataires âgés résidant chez eux ne comprenne pas les personnes ayant la santé la plus mauvaise, ce qui donnerait à cette population un état de santé apparent meilleur que ce qu'il est en réalité. De plus, comme le suggèrent Goldman et autres (1995, p. 1727), « il est plausible que même si une sélection joue un rôle d'importance lors du premier mariage, le désavantage qui en découle sur le plan de la santé pour les célibataires pourrait ne pas se manifester dans la population la plus âgée puisqu'une proportion élevée de célibataires, relativement fragiles, pourront déjà être décédés » [traduction].

Il existe un autre type d'hypothèse qui pourrait éclairer d'un jour nouveau ces questions. C'est une combinaison des hypothèses de sélection et de protection, suivant laquelle le fait que le mariage soit reconnu pour apporter des avantages au niveau de la santé peut inciter les personnes en moins bonne santé à chercher à se marier. On a constaté que les hommes plus âgés, en particulier, sont plus susceptibles de se remarier après un divorce ou un veuvage s'ils sont en mauvaise santé, ce qui augmente la proportion d'hommes mariés en mauvaise santé dans les groupes d'âge plus avancés (Lillard et Panis, 1996).

Nos résultats, tirés de l'ENSP, sont incomplets dans un domaine : il est impossible de faire la distinction entre les états de divorcé, de séparé et de veuf. Il existe des raisons de penser que l'état de santé des personnes constituant ces trois groupes pourrait varier de manière importante (Goldman et autres, 1995), les personnes âgées veuves étant en plus mauvaise santé que celles qui sont divorcées ou séparées. Il est par conséquent difficile, à partir de ces données, de tirer des conclusions à propos des effets du divorce, de la séparation ou du veuvage.

Divers autres facteurs sociaux et démographiques⁵ peuvent être associés à la santé. Il existe des différences dans l'état de santé en fonction de l'âge, les personnes âgées étant beaucoup plus susceptibles d'être en mauvaise santé. On trouve aussi des différences associées au sexe : les hommes étaient légèrement plus susceptibles d'être en meilleure santé dans les groupes d'âge moins élevés, tandis que chez les femmes, l'état de santé semblait être meilleur dans le groupe d'âge le plus avancé (voir le graphique 1.3 et le tableau 1.3).

Graphique 1.3 Proportion de Canadiens en très bonne ou en excellente santé, selon l'âge et le sexe



La **situation vis-à-vis de l'immigration** représente une autre variable sociodémographique associée à la santé. En se basant sur les données de l'ENSP, Chen, Ng et Wilkins (1996) ont comparé l'état de santé, l'utilisation des soins de santé et les comportements sur le plan de la santé des personnes nées au Canada et des immigrants. En corrigeant l'information de manière à tenir compte de l'âge et du laps de temps écoulé depuis l'immigration, ils ont découvert certains faits intéressants.

En 1994-1995, les immigrants constituaient à peu près 21 % de la population canadienne de plus de 17 ans (Chen et autres, 1996, p. 40). Les caractéristiques de cette population d'immigrants ne sont pas homogènes. Les immigrants arrivés au Canada il y a 11 ans ou plus étaient plus susceptibles d'être originaires de l'Europe et d'être relativement plus âgés que les personnes arrivées récemment, celles-ci étant plus susceptibles de venir d'ailleurs que de l'Europe et d'être plus jeunes.

On pouvait distinguer des différences entre les caractéristiques sur le plan de la santé des immigrants récents et celles de la population née au Canada. Les caractéristiques sur le plan de la santé des immigrants ayant résidé plus longtemps au Canada étaient cependant similaires à celles de la population née au Canada. Les états chroniques, comme par exemple les problèmes d'articulations, les allergies, l'asthme et l'hypertension, se retrouvaient plus fréquemment, dans l'ensemble, dans la population née au Canada que dans la population immigrante — 57 % et 50 %, respectivement (Chen et autres, 1996, p. 42). À mesure qu'augmentait la durée de résidence, la fréquence de n'importe quel état chronique au sein des populations immigrantes européennes et non européennes passait de minimums respectifs de 47 % et 37 % à des maximums respectifs de 58 % et 51 %. Plus les membres de la population immigrante étaient restés longtemps au Canada, plus ils étaient susceptibles de développer des états chroniques à des fréquences comparables à celles observées chez les personnes nées ici.

Globalement, les chercheurs ont découvert que les immigrants étaient moins susceptibles de souffrir d'états chroniques et d'incapacités ou de fumer, et ils étaient plus actifs physiquement que la population née au Canada. Cette situation dépendait néanmoins de la durée de résidence au Canada. Les immigrants ayant résidé au Canada pendant 11 ans ou plus étaient plus susceptibles d'afficher les taux de problèmes de santé plus élevés caractéristiques de la population née au Canada, tandis que ceux arrivés assez récemment étaient en meilleure santé. Des résultats similaires ont été signalés aux États-Unis et en Australie. Chen et autres (1996) tentent d'expliquer ces

résultats en avançant le fameux « effet de l'immigrant en bonne santé » qui fait allusion aux règlements qui régissent l'immigration au Canada et qui servent à sélectionner les personnes possédant une meilleure santé au moment de l'immigration. Cette réglementation permet de « sélectionner » les immigrants en meilleure santé grâce, entre autres, aux examens médicaux obligatoires qui permettent d'éliminer ceux qui souffrent de problèmes médicaux graves (Chen et autres, 1996, p. 37).

Le **mode d'occupation du logement** est une autre variable socioéconomique qui semble associée à l'état de santé (voir le tableau 1.4). Cette association est aussi fonction de l'âge. Chez les personnes plus jeunes, les propriétaires semblent bénéficier d'un avantage sur le plan de la santé, mais ce n'est pas le cas pour les personnes ayant 75 ans et plus. Pourquoi en est-il ainsi? Le fait d'être propriétaire pourrait être un indicateur important du statut économique. Les personnes plus âgées préfèrent peut-être louer, quelle que soit leur capacité d'accéder à la propriété, puisque cela leur évite beaucoup d'obligations liées à l'entretien.

Statut socioéconomique

Comme nous l'avons signalé précédemment, le statut socioéconomique a été cité comme étant l'un des plus sûrs prédictors de l'état de santé à notre disposition. Il existe une multitude de rapports de recherche qui ont établi cette relation (Adler, Boyce, Chesney, Cohen, Folkman, Kahn et Syme, 1994; Nelson, 1994; Winkleby, Jatulis, Frank et Fortmann, 1992; Marmot, Shipley et Rose, 1984; Kitagawa et Hauser, 1973). Les opinions divergent, cependant, quant à la mesure du statut socioéconomique la plus utile. Trois mesures sont le plus souvent utilisées dans les études sur le sujet : le revenu, la scolarité, la situation professionnelle et la situation au regard de l'activité.

On pense que la **situation professionnelle** et la **situation au regard de l'activité** peuvent influencer sur la santé de diverses façons. Certaines professions sont associées à des activités plus dangereuses ou à des environnements de travail plus nuisibles à la santé, ce qui occasionne une détérioration de l'état de santé (Dickinson et Stobbe, 1988). Des difficultés associées à certaines professions ou à certaines situations au regard de l'activité pourraient être à l'origine d'une mauvaise santé. Les emplois moins rémunérés ou moins stables peuvent nuire à la santé. Le chômage peut certainement affecter sérieusement la santé mentale et physique (D'Arcy, 1986). En plus d'être soumis à une pression financière, certains chômeurs ont l'impression de ne plus avoir de but et de perdre leur identité, et leur estime personnelle, leur statut social et leurs possibilités de développement personnel peuvent souffrir de cette situation. Certaines études ont en outre démontré qu'il existe une corrélation entre le chômage et un taux de mortalité plus élevé. Les études mettaient l'accent sur le suicide et les maladies cardiovasculaires comme causes de décès. D'après l'Enquête santé Canada, les chômeurs présentaient les niveaux les plus faibles pour 7 indicateurs de santé sur 12, y compris la détresse psychologique, les symptômes d'anxiété ou de dépression, les incapacités à court et à long terme, le nombre de problèmes de santé actuels, les séjours à l'hôpital et les visites chez le médecin (D'Arcy, 1986). Les membres de la famille d'un chômeur peuvent également subir des effets négatifs sur le plan de la santé.

L'utilisation de la situation professionnelle comme indicateur du statut socioéconomique est néanmoins souvent problématique. En effet, on a critiqué les échelles utilisées pour classer les professions en affirmant qu'elles sont biaisées sur les plans du sexe, de la race et de la culture (Nelson, 1994). De plus, la situation professionnelle perd de sa pertinence lorsqu'on étudie une population de personnes âgées qui sont presque toutes à la retraite.

Pour ce qui est du meilleur prédictor de l'état de santé parmi les indicateurs socioéconomiques, les chercheurs sont principalement partagés entre le **revenu** et la **scolarité**. Certains affirment que, pour les populations plus jeunes, le revenu pourrait être un meilleur indicateur que la scolarité puisque l'on constate une homogénéité croissante du niveau de scolarité au sein des groupes d'âge moins avancés (Nelson, 1994). Mais lorsque les personnes âgées sont l'objet de l'étude, « un niveau de scolarité élevé, plutôt que le revenu ou la situation professionnelle,

pourrait être le prédicteur le plus fiable et le plus stable d'un bon état de santé » [traduction] (Winkleby et autres, 1992, p. 819)⁶.

On propose en général trois catégories d'explications différentes pour rendre compte de l'association entre la **scolarité** et la santé : les conditions de travail et la situation financière, les ressources sociopsychologiques, et les habitudes de vie. Certains expliquent le lien entre la scolarité et la santé comme provenant des conditions de travail et de la situation financière; ces chercheurs soutiennent qu'un niveau de scolarité plus élevé permet d'accéder à un emploi mettant en jeu des activités et un environnement moins dangereux et laissant un plus grand contrôle de sa vie au travailleur — tout cela favorisant une meilleure santé. De même, les niveaux de scolarité plus élevés sont associés à de meilleurs revenus et certains pensent que c'est en réalité le revenu qui a une influence sur la santé : des ressources financières plus élevées permettraient d'acquérir des habitudes de vie plus saines, de bénéficier d'une meilleure alimentation et d'accéder à de meilleurs soins médicaux. Toutefois, d'autres chercheurs ont découvert qu'une corrélation positive entre la scolarité et la santé persiste même lorsqu'on tient compte de l'effet du revenu et des conditions de travail (Ross et Wu, 1995 et 1996).

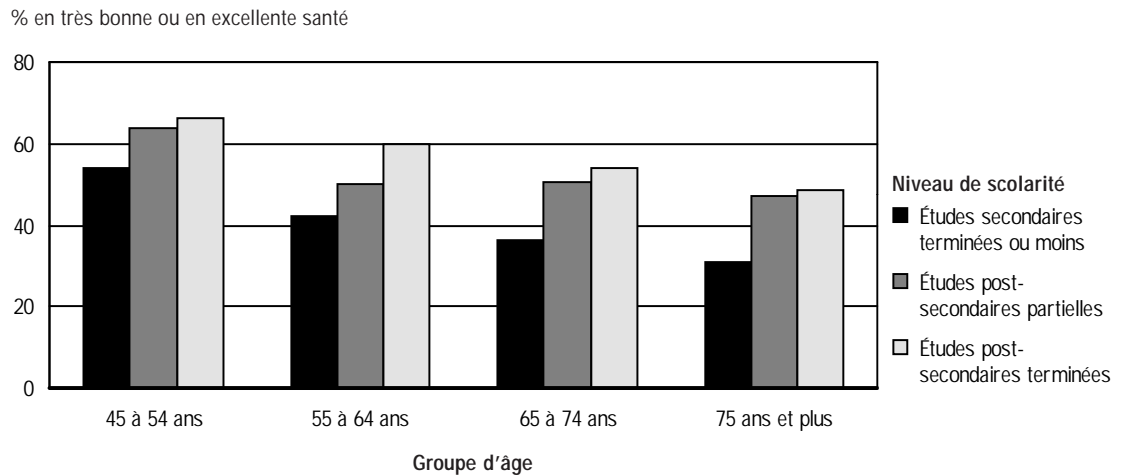
On a également suggéré que la relation entre la scolarité et la santé réside dans les ressources sociopsychologiques. Un niveau de scolarité plus élevé pourrait faciliter l'établissement de « relations procurant un meilleur soutien » [traduction] (Ross et Wu, 1995, p. 738), augmenter le sentiment personnel de contrôle sur sa vie et la capacité de comprendre les risques en matière de santé et de participer de manière positive à ses propres soins de santé. De même, comme le suggèrent Ross et Wu (1995, p. 738), « apprendre, penser, raisonner, résoudre des problèmes, etc., sont des exercices mentaux qui peuvent entretenir le système nerveux central de la même manière que les exercices physiques entretiennent le corps » [traduction]. L'établissement d'un lien entre la scolarité (les ressources sociopsychologiques) et la santé n'est cependant pas sans poser des problèmes. Tuijnman (1989) a montré qu'en fait, ceux qui possèdent le plus haut niveau de scolarité ont aussi des niveaux moins élevés de satisfaction à l'égard de leur emploi et de bien-être que les personnes dont le niveau de scolarité est légèrement inférieur⁷. Cela signifie que les personnes dont on s'attendait à ce qu'elles présentent la plus grande autoefficacité et le meilleur contrôle des ressources sociopsychologiques liées à la scolarité — et donc une meilleure santé — avaient en fait tendance à avoir des niveaux légèrement inférieurs de satisfaction à l'égard de leur emploi et de bien-être.

D'autres chercheurs maintiennent tout de même qu'un niveau de scolarité plus élevé conduit en effet à de plus saines habitudes de vie. Ce raisonnement est basé sur l'association entre la scolarité et un éventail d'activités et d'habitudes de vie saines, comme par exemple l'exercice physique, les bonnes habitudes alimentaires, la réduction des comportements à risques tel que le tabagisme et le non-usage des ceintures de sécurité, et des visites médicales régulières (Ross et Wu, 1995 et 1996; Leigh et Fries, 1993; Millar et Stephens, 1993).

Quels que soient les mécanismes qui entrent en jeu pour créer un lien entre un niveau de scolarité plus élevé et un meilleur état de santé, la scolarité reste liée assez étroitement à la santé. Les preuves que nous avons recueillies semblent confirmer cette conclusion. Comme le montrent le graphique 1.4 et le tableau 1.5, les personnes possédant un niveau de scolarité plus élevé sont beaucoup plus susceptibles d'être en très bonne ou excellente santé que celles qui possèdent un niveau de scolarité plus faible, et cette relation est relativement constante dans tous les groupes d'âge. Des analyses plus poussées révèlent que ce résultat s'applique aussi bien aux hommes qu'aux femmes (voir le tableau 1.6). Le niveau de scolarité est donc probablement un prédicteur très fiable de l'état de santé pour tous les groupes d'âge, y compris pour les personnes âgées. De fait, il nous permettra d'établir des distinctions chez les groupes pour lesquels le risque d'être en mauvaise santé est plus élevé. Les partisans d'une hypothèse de convergence ont découvert que le lien entre la scolarité et la santé diminue avec l'âge (House, Lepkowski, Kinney, Mero, Kessler et Herzog, 1994). D'autres ont cependant découvert pratiquement l'opposé : une hypothèse de la divergence propose (en s'appuyant sur une explication faisant appel à une théorie des avantages cumulatifs) que l'importance de la relation entre la scolarité et la santé augmente avec l'âge de la

personne (Ross et Wu, 1996). Nos propres résultats, basés sur l'utilisation de l'ENSP, semblent indiquer que le lien entre la scolarité et la santé est relativement indépendant de l'âge — ce qui ne confirme ni l'hypothèse de la convergence ni celle de la divergence⁸.

Graphique 1.4 Proportion de Canadiens en très bonne ou en excellente santé, selon l'âge et le niveau de scolarité



L'autre indicateur du statut socioéconomique fréquemment utilisé, comme nous l'avons vu, est le **revenu**. Le revenu peut néanmoins s'avérer problématique en tant qu'indicateur, « car il est moins stable dans le temps que les autres mesures, il dépend de l'âge et il est associé à un taux plus élevé de refus parce qu'il s'agit d'un sujet délicat » [traduction] (Nelson, 1994, p. 5)⁹. Ross et Wu (1996) ont de plus soulevé une objection méthodologique à l'utilisation du revenu comme indicateur de santé. Un plus piètre état de santé peut entraîner une réduction du revenu, qui peut à son tour entraîner une détérioration de l'état de santé, et ainsi de suite. Il est donc difficile d'isoler une relation causale claire.

La documentation déborde d'exemples illustrant le lien entre le revenu et la santé (Ross et Wu, 1995; Nelson, 1994; Winkleby et autres, 1992; D'Arcy, 1986). Les personnes ayant un revenu plus élevé sont plus susceptibles d'être en bonne santé. Comme dans le cas de la scolarité, plusieurs explications ont été avancées au sujet de la relation entre le revenu et l'état de santé. Comme nous l'avons noté précédemment, le revenu pourrait n'être qu'une variable intermédiaire entre la scolarité et la santé. Le revenu a également été relié aux mêmes facteurs de risque associés aux habitudes de vie — tels que l'exercice, l'alimentation et le tabagisme — que la scolarité (Adler et autres, 1994).

On pense également qu'un revenu plus élevé facilite l'accès aux soins médicaux, qu'il s'agisse de prévention ou de traitement. On pourrait s'attendre à ce que ce lien soit plus fort aux États-Unis qu'au Canada, où le système médical est socialisé, mais l'importance des dépenses médicales non remboursées qui doivent être assumées par le patient dans les deux pays ne peut être ignorée. Certains ont aussi affirmé que les personnes ayant un revenu plus élevé vivent dans des environnements plus sains, caractérisés par une moins grande densité de population, une exposition moindre à la pollution et aux risques inhérents aux substances toxiques, etc. (Nelson, 1994). De plus, les enfants issus des milieux défavorisés sont désavantagés par rapport à leurs pairs sous de nombreux rapports : ils sont plus susceptibles d'être nés prématurément et d'avoir été de faible poids à la naissance; ils sont plus susceptibles de se blesser et de tomber malades, d'adopter des comportements plus risqués et d'avoir des problèmes psychologiques (ACSP, 1997). Ces désavantages peuvent persister jusque dans la vie adulte, même si le statut socioéconomique

s'améliore. Il faut néanmoins noter que le revenu n'est pas une variable déterministe à cet égard, puisqu'un éventail d'autres facteurs, tels qu'une bonne dynamique familiale, peuvent réduire la probabilité de subir les effets négatifs associés à un plus faible niveau de revenu (Statistique Canada, Développement des ressources humaines Canada et Secrétariat national à l'alphabétisation, 1996b).

De plus, le statut socioéconomique peut avoir des répercussions qui vont au-delà des différences d'ordre matériel. Des études ont montré que la privation des nécessités de la vie ne peut rendre compte à elle seule des variations de l'état de santé en fonction du statut socioéconomique (Hertzman, 1994). La signification sociale associée à la situation d'une personne et ce que cette dernière ressent par rapport à elle-même et à sa vie sont des facteurs plus importants (Wilkinson, 1994). Wilkinson a démontré que la croissance du revenu par habitant n'est plus un indicateur de l'état de santé des populations aussi important que la répartition des revenus. Une fois que le revenu par habitant atteint approximativement 5 000 \$, la répartition des revenus dans la société devient un facteur déterminant. Plus petite est la fourchette des revenus, meilleure est la santé de la population. Indépendamment des sommes qu'elles dépensent en soins médicaux, les sociétés qui sont raisonnablement prospères et qui réussissent relativement bien à redistribuer équitablement leurs richesses ont les populations les plus saines. Syme (1994) a affirmé que le manque de contrôle croissant au bas de l'échelle sociale pourrait être responsable de l'augmentation des désavantages sur le plan de la santé. En d'autres termes, un piètre statut socioéconomique s'accompagne souvent de hauts niveaux d'insécurité et de pression financière, d'un niveau relatif de privation et d'un manque de contrôle sur les événements du quotidien, tout cela pouvant se répercuter de manière négative sur la santé.

Notre recherche, basée sur l'ENSP, confirme la relation entre le revenu et la santé. Les personnes ayant un niveau de revenu situé dans le haut du tiers médian ou dans le tiers supérieur sont plus susceptibles de jouir d'une très bonne ou d'une excellente santé que les personnes ayant un revenu moindre. Cela vaut pour tous les groupes d'âge, bien que l'écart entre les niveaux de revenu soit moins prononcé pour les groupes d'âge plus avancés (voir le tableau 1.7). Une analyse plus poussée révèle que cette relation est valide pour les deux sexes (voir le tableau 1.8).

En conclusion, la documentation et notre propre recherche basée sur l'ENSP montrent que la scolarité et le revenu sont tous deux de puissants prédicteurs de l'état de santé. Les autres variables sociodémographiques — sexe, situation vis-à-vis de l'immigration, état matrimonial et mode d'occupation du logement — nous permettent de distinguer différents états de santé, mais pas dans la même mesure. Cette relation reste valide pour tous les groupes d'âge : il existe un gradient, des personnes plus jeunes aux plus âgées, qui se traduit par une amélioration de l'état de santé lorsque le niveau de scolarité ou le revenu augmente. Néanmoins, comme nous le signalions dans l'introduction, l'alphabétisme est un aspect négligé de l'effet que l'environnement socioéconomique peut avoir sur la santé d'un individu, cet effet étant lui-même influencé par certaines des variables dont nous avons discuté dans ce chapitre. L'alphabétisme et son association avec la santé constituent le sujet principal du chapitre suivant.

Chapitre 2

Alphabétisme et acquisition de l'information chez les personnes âgées

Les conséquences sociales et économiques de faibles capacités de lecture sont sérieuses et ont été bien documentées. Les personnes ayant de plus faibles capacités de lecture sont plus susceptibles d'être sans emploi, de travailler à temps partiel et d'avoir un revenu plus faible (Shalla et Schellenberg, 1998; Statistique Canada et autres, 1996b). De fait, les ajustements structureaux observés sur les plans économique et social dans la foulée de la transformation de l'économie mondiale réduisent les débouchés des personnes ayant de faibles capacités de lecture (OCDE, 1995). Ces ajustements ne sont malheureusement pas terminés, et ils continueront à restreindre les débouchés des personnes ayant de faibles capacités de lecture dans le futur (OCDE, 1995). Cependant, tandis que l'on accorde un regain d'attention à la relation entre l'alphabétisme et l'environnement socioéconomique, un aspect de la question que l'on néglige parfois est le fait que l'alphabétisme est aussi un important facteur déterminant de la santé : de plus faibles capacités de lecture peuvent constituer de sérieux obstacles à l'acquisition de saines habitudes de vie.

Lien entre la santé et l'alphabétisme chez les personnes âgées

Dans un rapport en date de 1996, l'Association canadienne de santé publique (ACSP) présente l'alphabétisme comme un aspect essentiel de la santé. Passant en revue les répercussions qu'ont les conditions sociales et économiques sur la santé, les auteurs du rapport identifient l'alphabétisme comme un enjeu d'importance en matière de politique publique (ACSP, 1997, p. 23). Les effets de l'alphabétisme sur la santé peuvent être caractérisés soit de directs, soit d'indirects, ces derniers étant des indicateurs d'autres états ayant des répercussions négatives sur la santé (ACSP, 1997; Breen, 1998).

L'incapacité de comprendre et d'observer la posologie des médicaments délivrés sur ordonnance constitue l'un des problèmes les plus évidents et les plus critiques découlant de faibles capacités de lecture et ayant un effet direct sur la santé d'une personne (Salzman, 1995; Williams, Parker, Baker, Parikh, Pitkin, Coates et Nurss, 1995; Murphy, Davis, Jackson, Decker et Long, 1993). Bien que le non-respect de la posologie des médicaments soit observé dans tous les groupes d'âge, les raisons expliquant ce non-respect varient d'un âge à l'autre. Ce problème touche particulièrement les patients âgés, plus susceptibles de consommer des médicaments et d'en prendre plusieurs à la fois, d'être incertains du dosage correct ou de mal l'interpréter, de ne pas se conformer aux ordonnances intentionnellement à cause du coût ou d'effets secondaires, ou encore de ne pas parvenir à suivre les instructions à cause d'une sensibilité accrue aux effets du médicament (Salzman, 1995).

De nombreuses personnes âgées prennent plusieurs types de médicaments, prescrits par plus d'un médecin. Le risque de commettre une erreur dans la consommation de médicaments est énorme pour celles qui sont incapables de comprendre correctement les instructions écrites. On a montré que les personnes âgées, qui représentent 12 % de la population canadienne, consomment entre 28 % et 40 % de tous les médicaments (Tamblyn et Perreault, 1998). Puisque l'on s'attend à ce que la proportion de personnes âgées dans la population atteigne 18 % d'ici 2025, et comme la consommation de médicaments s'accroît avec l'âge (Tamblyn et Perreault, 1998), le problème du non-respect de la posologie des médicaments va probablement prendre de l'ampleur. Les patients âgés ayant de plus faibles capacités de lecture souffriront malheureusement beaucoup plus de ce problème (Murphy et autres, 1993).

Le non-respect de la posologie des médicaments n'est néanmoins qu'un aspect du problème plus vaste de l'alphabétisme et des directives médicales. Non seulement les patients doivent être capables de comprendre les instructions fournies sur les ordonnances ou sur les contenants de médicaments, mais ils doivent aussi être capables de comprendre les notes concernant les rendez-vous, les formulaires de consentement et les documents relatifs à l'éducation sanitaire. La capacité des personnes âgées recevant des soins de santé de participer activement et efficacement à leur propre régime de soins de santé est sérieusement compromise si leur capacité à lire et à comprendre des instructions écrites et des documents relatifs à l'éducation sanitaire est inadéquate. Les résultats de recherches antérieures permettent de penser que le niveau de capacités de lecture chez les personnes âgées dont la santé est très précaire pourrait être très bas (Williams et autres, 1995; Murphy et autres, 1993). La combinaison d'un faible niveau de capacités de lecture et de maladies chroniques est en effet particulièrement fréquente chez les personnes âgées (Davis, Meldrum, Tippy, Weiss et Williams, 1996).

La plupart des renseignements sur les soins de santé qui sont fournis aux patients le sont sous forme écrite et dépassent le niveau de lecture de l'adulte moyen (8^e année). Les auteurs d'une étude réalisée dans plusieurs cliniques médicales des États-Unis ont comparé le niveau de lisibilité des formulaires médicaux, de l'information destinée aux patients et d'autres documents écrits avec le niveau de capacités de lecture des patients (Jackson, Davis, Bairnsfather, George, Crouch et Gault, 1991). Le niveau de lecture moyen des patients correspondait à la 3^e année, tandis que le niveau nécessaire pour comprendre les documents écrits correspondait à la 12^e année. Le déchiffrement de certains des formulaires, y compris les formulaires de consentement utilisés en chirurgie et pour d'autres actes médicaux, nécessitait un niveau de capacités de lecture correspondant à un grade universitaire de deuxième ou de troisième cycle. Seulement 5 % des 280 documents écrits dont on a analysé la lisibilité se situaient à un niveau inférieur à la 9^e année, alors qu'au moins 68 % des patients testés ne pouvaient lire des documents classés à ce niveau.

La capacité des personnes âgées de fonctionner dans un environnement de soins de santé est particulièrement importante puisqu'elles sont plus susceptibles de souffrir de maladies chroniques et de consommer des médicaments (Salzman, 1995; Murphy et autres, 1993). Williams et autres (1995) ont réalisé une étude portant sur plus de 2 600 patients habitant aux États-Unis, en utilisant un test de diagnostic de l'alphabétisme fonctionnel en matière de santé qui mesurait la capacité de lire et de comprendre des directives médicales et des renseignements sur les soins de santé présentés sous la forme de textes suivis et de textes au contenu quantitatif. Ils ont conclu que pour les patients âgés de 60 ans et plus¹⁰, environ 81 % des anglophones et 83 % des hispanophones avaient un niveau d'alphabétisme fonctionnel en matière de santé inadéquat ou marginal. Ces proportions sont sensiblement plus élevées que chez les patients plus jeunes. L'incapacité de comprendre correctement l'information en matière de santé signifie que beaucoup de ces patients âgés sont incapables de participer de manière responsable à leurs propres soins et pourraient en fait nuire à leur propre traitement (Williams et autres, 1995).

Un aspect important de n'importe quelle stratégie en matière de santé est la capacité du patient de participer au processus de prise de décision concernant les actes médicaux et leurs problèmes de santé. Des études ont montré que ce n'est bien souvent pas le cas des patients âgés ayant de faibles capacités de lecture (Williams et autres, 1995; Walmsley et Allington, 1982). Cela

n'a pas empêché des chercheurs (List, Lacey, Hopkins et Burton, 1994; Harper et Van Riper, 1993) de tenter de mettre sur pied des programmes qui permettraient aux personnes âgées et aux patients ayant de faibles capacités de participer avec un certain degré de succès.

List et autres (1994) se sont concentrés sur un échantillon de femmes âgées de 65 ans et plus dont le niveau de scolarité était inférieur à la 8^e année. Ils étaient préoccupés par le fait que les femmes âgées courent un risque beaucoup plus élevé de contracter un cancer du sein ou du col utérin, mais que les femmes âgées possédant de faibles capacités de lecture sont beaucoup moins susceptibles de se soumettre à un dépistage systématique ou de disposer de renseignements adéquats et précis au sujet du cancer et de ses traitements. De plus, les approches traditionnelles d'éducation et de sensibilisation ne sont bien souvent pas efficaces pour atteindre ce segment de la population, cela en raison de son faible niveau de capacités de lecture. Les femmes ayant de faibles capacités sont par conséquent moins aptes à prendre des décisions au sujet de leurs propres problèmes de santé. List et autres (1994) ont créé des groupes de discussion formés de femmes âgées peu alphabètes pour faire la critique de la documentation écrite en matière de santé et élaborer des documents de sensibilisation adéquats. Ces derniers ont ensuite été distribués dans la collectivité, et l'on a fait appel à certains bénévoles des groupes de discussion ou à des « défenseurs de la santé chez les personnes âgées » pour agir comme aidants auprès de leurs pairs. Les auteurs ont conclu qu'une approche basée sur l'entraide pourrait permettre de forger plus facilement des liens avec les femmes plus âgées ayant de faibles capacités dans la collectivité et que :

grâce à la combinaison de diverses ressources, expériences et expertises, ces partenariats ouvrent la voie à l'élaboration et à la mise en application d'interventions et programmes d'éducation efficaces en matière de soins de santé au profit des personnes âgées... [traduction] (List et autres, 1994, p. 54).

L'alphabétisme est un facteur important du point de vue des risques relatifs à la sécurité dans la collectivité et à la maison. Les personnes qui sont incapables de lire correctement une étiquette d'avertissement ou des consignes de sécurité s'exposent à des blessures graves ou à des effets négatifs sur le plan de la santé (Breen, 1998). Les programmes de santé et de sécurité au travail mettent de plus en plus l'accent sur ce problème, cela à cause des coûts sociaux et des coûts pour les entreprises encourus lorsque des travailleurs sont blessés, souvent en raison de faibles capacités de lecture ou d'une piètre maîtrise de la langue (Breen, 1998). Ces risques présentent un problème tout aussi immédiat pour les personnes âgées puisqu'elles aussi doivent comprendre et évaluer de l'information relative à la santé et à la sécurité à leur domicile (Davis et autres, 1996).

Bien que des capacités de lecture plus faibles soient indépendamment associées à l'état de santé, elles comportent aussi des associations indirectes avec un mauvais état de santé (Breen, 1998). Les personnes possédant de plus faibles capacités de lecture sont plus susceptibles de souffrir d'un stress supplémentaire et d'une confiance en soi réduite, ce qui entraîne une diminution de l'estime de soi et rend plus difficile la recherche d'un emploi (ACSP, 1996, p. 23). Comme nous l'avons mentionné dans l'examen de la documentation présenté à au chapitre 1, les personnes vivant dans des conditions socioéconomiques plus difficiles, c'est-à-dire par exemple les chômeurs et les personnes moins bien rémunérées ou moins scolarisées, sont beaucoup plus susceptibles de penser qu'elles ont un piètre état de santé.

Des difficultés sociopsychologiques telles que le stress et le manque de confiance en soi peuvent se répercuter sur la santé physique et les habitudes de vie des personnes ayant de faibles capacités de lecture. Des études médicales ont montré que ces personnes ont moins tendance à appliquer dans leur vie des mesures de prévention en matière de santé. Elles ont tendance à fumer davantage, à boire plus de café et à avoir de mauvaises habitudes alimentaires, et elles sont moins susceptibles de pratiquer régulièrement une activité physique (ACSP, 1997, p. 23). Chacune de ces caractéristiques a été associée à une détérioration de l'état de santé et une plus grande propension à souffrir d'un certain nombre d'états pathologiques, y compris les maladies du cœur et le cancer (Santé Canada, 1994).

Les patients et le grand public ont accès à l'information médicale et sanitaire, sous forme écrite et verbale, qui détaille les effets négatifs sur la santé d'activités telles que le tabagisme ou l'absence d'activités physiques régulières. Le problème pour les personnes ayant de faibles capacités de lecture est qu'elles ne sont peut-être pas capables de comprendre parfaitement l'information. Comme l'ont expliqué Davis et autres (1996, p. 98) :

Dans le domaine des soins de santé, le problème ne provient pas seulement du fait que l'on attend des gens qu'ils lisent des documents. On voudrait aussi qu'ils comprennent et absorbent le message puis appliquent les connaissances acquises dans leur vie de tous les jours en modifiant leur comportement [traduction].

Bien souvent, des patients sont incapables d'assimiler et d'appliquer les conseils de santé qu'ils reçoivent à cause de leur faible niveau de capacités de lecture. En fait, la capacité d'une personne de s'acquitter de tâches quotidiennes supposant l'utilisation des capacités de lecture ne signifie pas qu'elle est nécessairement capable, même si ses capacités de lecture sont relativement bonnes, de comprendre et de mettre en pratique les conseils médicaux contenus dans les dépliants ou la documentation sur la santé, ou reçus d'un médecin. L'information sanitaire et médicale offerte au public utilise bien souvent un langage et un vocabulaire bien particuliers. La terminologie nouvelle peut ne pas être comprise aisément, même par les personnes qui ont des capacités de lecture plus élevées. L'information devrait donc plutôt être présentée sous forme écrite ou verbale de manière qu'elle puisse être assimilée et comprise par les patients (Davis et autres, 1996). Il est néanmoins évident qu'un patient dont les capacités de lecture sont déjà faibles aura toujours moins de chances de comprendre.

Les répercussions négatives, sur le plan de la santé, chez les personnes qui possèdent de faibles capacités de lecture touchent tous les aspects de la santé. Tandis que l'on a associé une fréquence accrue des maladies et des problèmes de santé à de faibles capacités de lecture (Breen, 1998; Davis et autres, 1996), plusieurs études indiquent que les personnes âgées courent un risque particulier. De fait, on a établi chez elles un lien entre de faibles capacités de lecture et une utilisation inadéquate des services médicaux et de santé (Davis et autres, 1996).

Compte tenu des risques accrus en matière de santé auxquels sont exposées les personnes âgées peu alphabètes, il est important de comprendre la manière dont on peut atteindre cette population aux fins de promotion de la santé et de sensibilisation dans ce domaine, et les difficultés que peuvent présenter pour elle les instructions relatives aux soins de santé. Du point de vue des politiques, il serait par conséquent utile de savoir comment ce groupe acquiert l'information et quelle est la capacité de traitement de l'information de ses membres. Dans le reste de cette partie du rapport, nous nous basons sur l'EIAA (1994) pour examiner le niveau de capacités de lecture des Canadiens âgés, suivant certaines mesures particulières, ainsi que leur façon d'assimiler l'information et les problèmes qu'ils éprouvent à cet égard¹¹. Nous examinons en outre, compte tenu des variations observées dans l'état de santé des personnes âgées en fonction du sexe (Shye et autres, 1995), les écarts entre hommes et femmes âgés en matière d'alphabétisme.

Définition de l'alphabétisme

Des études antérieures ont montré que l'alphabétisme est lié à la fois directement et indirectement à l'état de santé. Pour étudier cette relation, il est toutefois nécessaire, dans un premier temps, de comprendre le sens attribué au terme « alphabétisme » dans cette étude. L'Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes mesure l'alphabétisme en se servant de trois catégories de capacités de lecture : les capacités à l'égard de textes suivis, de textes schématiques et de textes au contenu quantitatif. Ces catégories sont définies comme suit :

- **capacités de lecture à l'égard de textes suivis** : connaissances et capacités nécessaires pour comprendre et utiliser l'information contenue dans des textes tels que des éditoriaux, des nouvelles, des poèmes et de la fiction.

- **capacités de lecture à l'égard de textes schématiques** : connaissances et capacités nécessaires pour repérer et utiliser l'information présentée sous diverses formes, notamment les demandes d'emploi, les formules de paie, les horaires de transport, les cartes routières, les tableaux et les graphiques.
- **capacités de lectures à l'égard de textes au contenu quantitatif** : connaissances et capacités nécessaires pour appliquer des opérations arithmétiques, comme établir le solde d'un compte de chèques, calculer un pourcentage de pourboire ou remplir une formule de commande (EIAA, 1994).

Les participants à l'EIAA ont subi un test de mesure de l'alphabétisme portant sur un certain nombre d'items ayant des degrés de difficulté variés dans chacune des trois catégories précitées. Chacun des participants a ensuite été classé, pour chacune des trois catégories de capacités de lecture, à l'aide d'une échelle de niveau de capacités allant de 1 à 5 (du niveau le plus faible au plus élevé), en fonction de ses résultats pour chacun des items testés. Ces niveaux sous-entendent « que les personnes qu'on estime se situer à un niveau précis de l'échelle réaliseront les mêmes tâches — dans une probabilité de 80 % — que les personnes qui se situent à cet endroit sur l'échelle », et que la probabilité qu'elles exécutent des tâches correspondant aux niveaux inférieurs de l'échelle sera supérieure à 80 % (Statistique Canada et autres, 1996b, p. 96). Il faut souligner qu'une personne classée à un niveau donné peut très bien réaliser certaines tâches associées à un niveau de capacités de lecture plus élevé, mais qu'elle ne peut le faire de manière régulière. Compte tenu de la faible proportion de la population classée au niveau de capacités de lecture le plus élevé (niveau 5) et des problèmes de diminution de la taille de l'échantillon qui se posent lorsqu'on effectue des comparaisons avec d'autres variables, les deux niveaux les plus élevés ont été groupés en une catégorie unique, soit le niveau 4/5.

Alphabétisme, âge et éducation

Les études sur l'alphabétisme laissent supposer que les personnes âgées constituent un groupe particulièrement vulnérable en ce qui concerne les capacités de lecture. L'étude menée par Williams et autres (1995) a en effet montré qu'une large proportion de patients âgés ne possédaient pas un niveau d'alphabétisme fonctionnel complet en matière de santé. Les données de l'EIAA nous ont permis d'obtenir des résultats qui semblent aller dans le même sens que ces conclusions (voir le tableau 2.1). On observe une variation en fonction de l'âge dans les trois catégories de capacités de lecture (capacités à l'égard de textes suivis, de textes schématiques et de textes au contenu quantitatif). Les capacités de lecture sont plus élevées chez les groupes plus jeunes, et elles diminuent avec l'âge. Par exemple, tandis qu'à peu près 67 % des personnes de 16 à 24 ans ont des capacités de lecture de niveau 3 ou 4/5, seulement 21 % environ des personnes âgées se classent à de tels niveaux. Au moins 79 % des personnes âgées possèdent des capacités de lecture mesurées se situant aux deux plus bas niveaux pour chacune des trois catégories de capacités de lecture. Le gros du déclin semble toucher les groupes d'âge des 55 à 64 ans et des 65 ans et plus pour chacune des catégories de capacités. Les personnes âgées semblent donc être particulièrement exposées à des risques dans les situations médicales qui exigent parfois des capacités de lecture élevées (Jackson et autres, 1991).

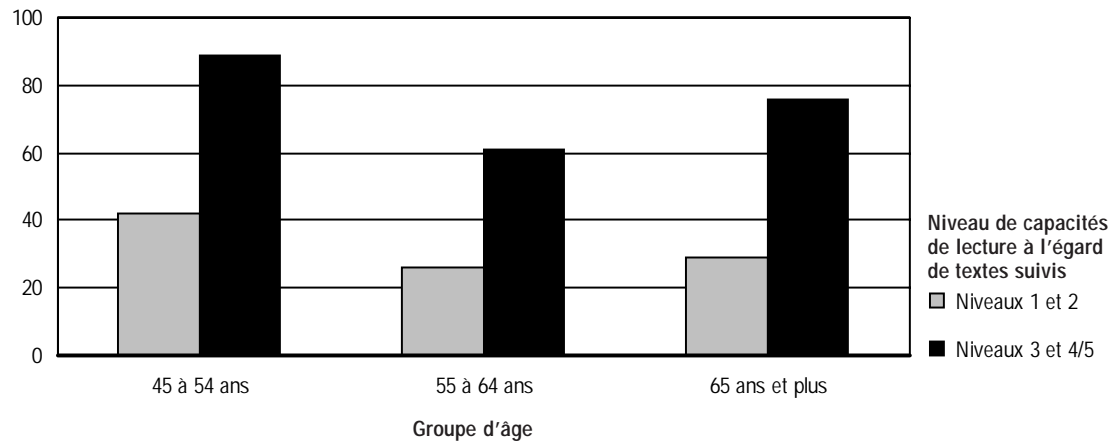
Nous avons vu (voir les tableaux 1.5 à 1.8) que les personnes âgées ayant un plus faible niveau de scolarité et un revenu inférieur courent un risque beaucoup plus élevé de souffrir de problèmes de santé que les personnes plus jeunes ou que les personnes âgées possédant un niveau de scolarité plus élevé et un revenu supérieur. Bien que d'autres facteurs sociaux et démographiques puissent être associés à l'état de santé, la scolarité et le revenu constituent les prédicteurs de la santé les plus fiables parmi toutes les variables socioéconomiques étudiées dans le chapitre 1. Même si le revenu, comme la scolarité, semble être un solide prédicteur de l'état de santé, nous avons sélectionné ici la scolarité pour deux raisons. Premièrement, les données utilisées dans cette partie du rapport proviennent de l'Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes (EIAA) de 1994, pour laquelle le taux de non-réponse était beaucoup plus élevé dans le cas de la question

sur le revenu que dans celui de la question sur la scolarité. Deuxièmement, les conclusions de l'ENSP permettent de penser que chez les personnes âgées, il existe peut-être une plus grande variabilité de l'état de santé suivant les niveaux de scolarité que suivant les niveaux de revenu (les données de l'EIAA sont comparées aux données sur le revenu provenant d'une autre source de données au tableau 2.2)¹².

Si nous tenons compte des trois catégories de capacités de lecture de l'EIAA (capacités à l'égard de textes suivis, de textes schématiques et de textes au contenu quantitatif), nous pouvons observer que même si ces deux variables ne sont pas identiques, il existe un lien indiscutable entre l'alphabétisme et la scolarité. Sur notre échelle de niveaux de scolarité à deux échelons, 67,3 % des Canadiens de 45 à 54 ans, 38,8 % de ceux de 55 à 64 ans et 38,8 % de ceux de 65 ans et plus avaient terminé leurs études secondaires ou fait des études plus poussées (voir les tableaux 2.3 à 2.5)¹³.

Graphique 2.1 Proportion de Canadiens plus âgés qui ont terminé leurs études secondaires ou fait des études plus poussées, selon l'âge et le niveau de capacités de lecture à l'égard de textes suivis

% qui ont terminé leurs études secondaires ou fait des études plus poussées



Si nous classons ces données suivant la catégorie de capacités de lecture, nous remarquons dans le graphique 2.1 qu'il existe une relation très étroite entre le niveau de scolarité et le niveau de capacités de lecture à l'égard de textes suivis dans tous les groupes d'âge. Chez les personnes de 45 à 54 ans, une proportion de 88,6 % de celles qui avaient les capacités de lecture les plus élevées à l'égard de textes suivis avaient terminé leurs études secondaires ou fait des études plus poussées, tandis que seulement 42,2 % de celles qui avaient les plus faibles capacités à cet égard avaient terminé leurs études secondaires ou fait des études plus poussées (voir le graphique 2.1 et le tableau 2.3). De manière similaire, chez les personnes de 55 à 64 ans, 61,1 % de celles qui affichaient le niveau le plus élevé de capacités de lecture à l'égard de textes suivis avaient terminé leurs études secondaires, tandis que seulement 26,2 % de celles classées au plus faible niveau de capacités avaient terminé leurs études secondaires ou fait des études plus poussées (voir le graphique 2.1 et le tableau 2.3). Chez les personnes de 65 ans et plus, la proportion de celles qui avaient terminé leurs études secondaires ou fait des études plus poussées était de 75,9 % pour celles qui présentaient le niveau le plus élevé de capacités de lecture à l'égard de textes suivis et de 29,0 % pour celles qui étaient les moins alphabètes (voir le graphique 2.1 et le tableau 2.3). Nous avons dans l'ensemble obtenu des résultats similaires pour les niveaux de capacités de lecture à l'égard de textes schématiques et de textes au contenu quantitatif (voir les tableaux 2.4 et 2.5). L'information contenue dans ces tableaux révèle que la grande majorité des personnes âgées dont les capacités

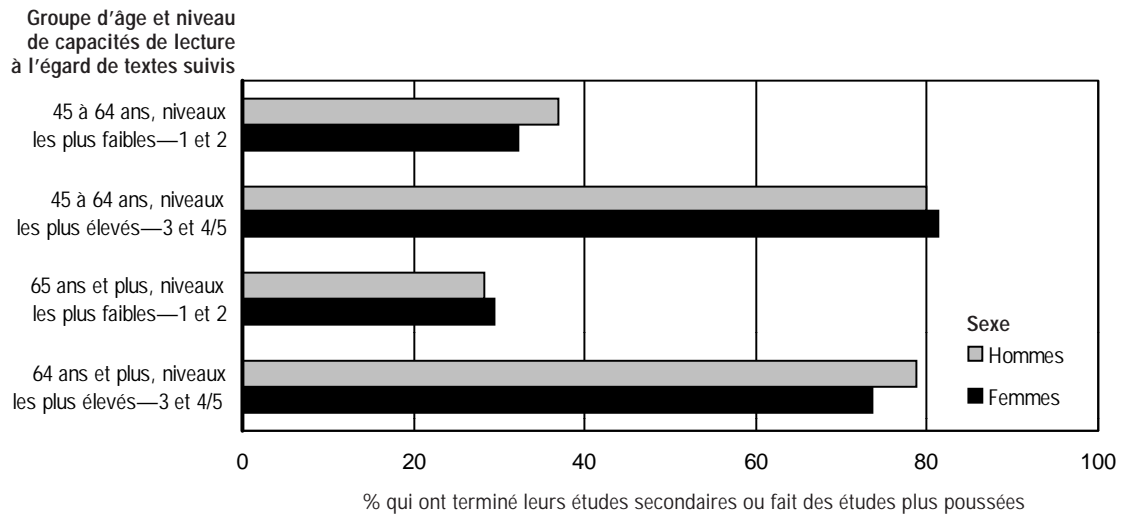
de lecture dans les trois catégories se situaient au niveau 3 ou à un niveau supérieur avaient terminé leurs études secondaires ou fait des études plus poussées. Le niveau de capacités de lecture varie donc avec le niveau de scolarité chez les Canadiens âgés, et ce, pour les trois catégories de capacités (voir les tableaux 2.3 à 2.5).

Néanmoins, l'information contenue dans ces trois tableaux confirme aussi que, si la scolarité est étroitement liée à chaque catégorie de capacités de lecture, ce lien n'en est pas un d'identité. Plus du quart des personnes ayant de faibles capacités de lecture et étant âgées de 55 à 64 ans ou de 65 ans et plus avaient terminé leurs études secondaires ou fait des études plus poussées (voir les tableaux 2.3 à 2.5). Chez les personnes plus jeunes (de 45 à 54 ans), une très large proportion de celles qui possédaient le niveau de capacités de lecture le plus faible avaient en fait terminé leurs études secondaires ou fait des études plus poussées, soit plus de 40 % pour chacune des catégories de capacités — capacités à l'égard de textes suivis, de textes schématiques et de textes au contenu quantitatif (voir les tableaux 2.3 à 2.5). L'opinion selon laquelle le niveau de capacités de lecture d'une personne correspond à son niveau de scolarité est donc mal fondée. D'autres études basées sur l'EIAA ont démontré que plus du tiers de la population canadienne ne présentait pas cette tendance présumée (Statistique Canada et autres, 1996b, p. 32). Il est important de souligner que scolarité et alphabétisme ne sont pas synonymes :

... la scolarité (...) ne « fige » pas l'alphabétisme pour toujours. Après la fin de ses études, on peut voir ses capacités se dégrader faute d'utilisation, mais on peut aussi accroître ses capacités par la pratique et une formation supplémentaire, même si on n'a reçu qu'un minimum d'éducation formelle. Le fait que l'alphabétisme ne se résume pas à des capacités acquises dans le cadre du système d'éducation est important pour la politique du Canada en matière d'alphabétisme : cela signifie nettement que les capacités de lecture sont fonction de ce que les personnes décident de faire après leurs études (Statistique Canada et autres, 1996b, p. 32).

Si nous poussons plus loin l'analyse pour les hommes et les femmes, nous constatons que les personnes classées aux plus faibles niveaux pour les trois catégories de capacités de lecture étaient beaucoup moins susceptibles d'avoir terminé leurs études secondaires ou fait des études plus poussées que les personnes possédant un niveau de capacités plus élevé (voir le graphique 2.2 et les tableaux 2.6 à 2.8). Des différences intéressantes apparaissent cependant en fonction de l'âge et du sexe. Pour les hommes ayant terminé leurs études secondaires ou fait des études plus poussées, l'écart entre ceux qui possèdent de faibles capacités de lecture à l'égard de textes suivis et ceux qui possèdent des capacités élevées augmente régulièrement avec l'âge : cette différence est de 23,4 % pour les hommes de 25 à 44 ans, de 43 % pour ceux de 45 à 64 ans et de 50,5 % pour ceux de 65 ans et plus (voir le tableau 2.6). Ce résultat contraste avec ce qu'on observe dans la population des femmes ayant les mêmes niveaux de scolarité, où l'écart entre les niveaux de capacités les plus élevés et les plus faibles augmente de manière abrupte, mais diminue ensuite légèrement à mesure que l'âge avance : partant d'un minimum de 35,9 % chez celles de 25 à 44 ans, le niveau de capacités atteint un maximum de 48,9 % chez celles de 45 à 64 ans, avant de retomber à 44,0 % chez les femmes de 65 ans et plus.

Graphique 2.2 Proportion de Canadiens plus âgés qui ont terminé leurs études secondaires ou fait des études plus poussées, selon le niveau de capacités de lecture à l'égard de textes suivis, l'âge et le sexe



En ce qui concerne la compréhension de textes schématiques, les écarts entre les niveaux de capacités de lecture chez les personnes ayant terminé leurs études secondaires ou fait des études plus poussées sont relativement constants pour les groupes d'âge de 45 à 64 ans et de 65 ans et plus, tant chez les hommes que chez les femmes (voir le tableau 2.7). Néanmoins, chez les diplômés du secondaire, l'écart en pourcentage entre les jeunes hommes (25 à 44 ans) possédant de faibles capacités de lecture à l'égard de textes schématiques et ceux possédant des capacités plus élevées est beaucoup plus grand que chez les femmes du même âge (47 % et 31,8 %, respectivement). L'écart en pourcentage entre les femmes ayant terminé leurs études secondaires et présentant les plus faibles capacités de lecture et celles de même niveau de scolarité qui présentent les capacités les plus élevées s'élargit lorsqu'on passe d'un groupe d'âge au suivant (45 à 64 ans, et 65 ans et plus), mais il reste relativement stable chez les hommes. L'information concernant la compréhension de textes au contenu quantitatif et la scolarité (voir le tableau 2.8) révèle que l'écart en pourcentage entre les personnes très alphabètes et les personnes peu alphabètes qui ont terminé leurs études secondaires augmente à mesure que l'on progresse dans les groupes d'âge, pour les femmes comme pour les hommes. Les hommes et les femmes possédant des capacités de lecture plus élevées sont donc beaucoup plus susceptibles d'avoir terminé leurs études secondaires que ceux et celles qui n'ont que de faibles capacités, bien que cela fluctue quelque peu selon l'âge et la catégorie de capacités de lecture.

Les études précédentes basées sur l'EIAA ont démontré que le niveau de capacités de lecture a tendance à décliner avec l'âge (Statistique Canada et autres, 1996b; Willms, 1997). Fait intéressant, la majeure partie du déclin des capacités de lecture au cours de la vie provient d'un effet de cohorte dû au recul du niveau de scolarité plutôt que d'un effet dû à l'âge (Statistique Canada et autres, 1996b; Willms, 1997). Même lorsqu'on tient compte de l'effet dû aux antécédents du répondant, ce qui inclut la scolarité, on constate toujours un recul marqué du niveau de capacités de lecture avec l'âge (Statistique Canada et autres, 1996b, p. 43). Willms (1997) a découvert que le niveau de capacités de lecture (à l'égard de textes suivis, de textes schématiques et de textes au contenu quantitatif) recule peu entre 25 et 65 ans¹⁴. En ce qui concerne la compréhension de textes suivis, le fléchissement est régulier, mais relativement modeste entre 25 et 65 ans. La compréhension de textes schématiques et de textes au contenu quantitatif ne diminue pratiquement pas sur la même tranche d'âge. La situation change néanmoins de manière spectaculaire à partir de 65 ans environ, les trois catégories de capacités de lecture régressant alors de manière abrupte avec l'âge.

On a par contre observé que le nombre d'années de scolarité d'une personne présente une forte corrélation positive avec les capacités de lecture (Statistique Canada et autres, 1996b; Willms, 1997). Il semble donc que les personnes âgées souffrent d'une détérioration croissante de leurs capacités de lecture au fur et à mesure qu'elles vieillissent, et cet effet se fait ressentir de manière beaucoup plus grave pour celles dont le niveau de scolarité est plus faible.

Ces résultats corroborent les observations antérieures : les notions d'alphabétisme et de scolarité, bien qu'elles soient comparables, ne sont pas identiques. En fait, il est intéressant de remarquer qu'il existe une importante proportion de jeunes hommes et de jeunes femmes peu alphabètes qui ont pourtant terminé leurs études secondaires ou fait des études plus poussées, ce qui, encore une fois, confirme le besoin de dissocier la scolarité de l'alphabétisme. Cela étant dit, nous ne pouvons toutefois nier que même si les notions de scolarité et d'alphabétisme ne sont pas identiques, nos résultats montrent bien qu'une très large proportion de personnes âgées classées aux plus faibles niveaux de capacités de lecture n'avaient pas terminé leurs études secondaires.

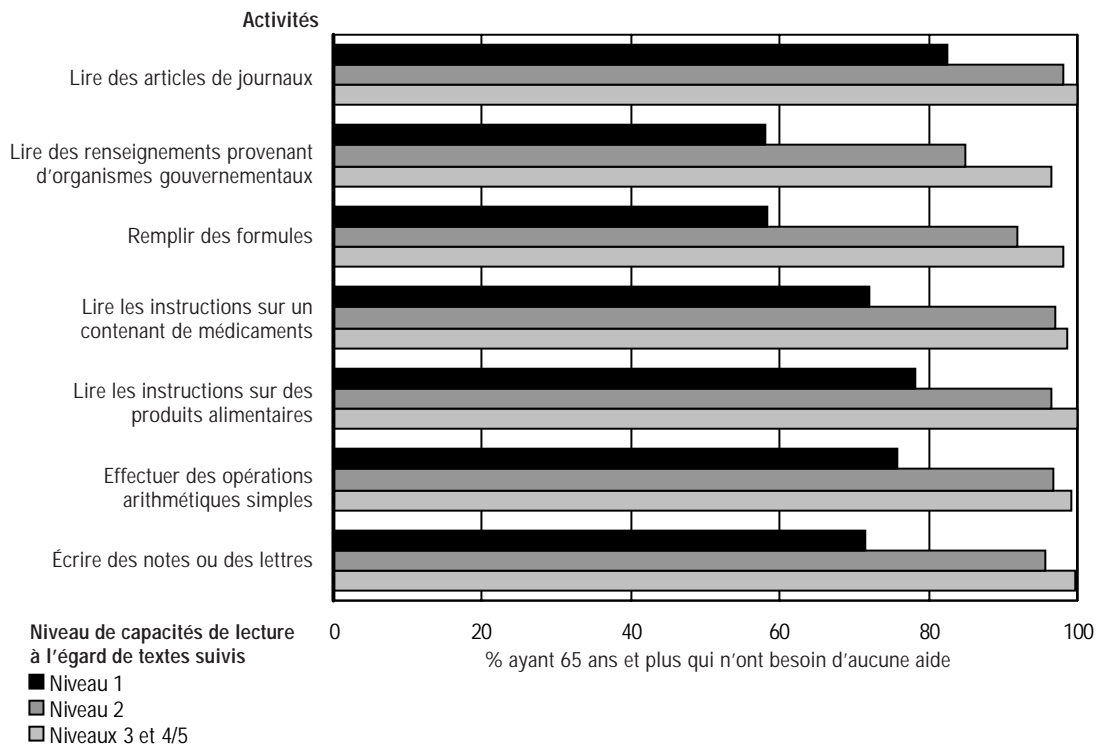
Cette information est en accord avec la plupart des études qui suggèrent que les personnes âgées exposées aux plus grands risques sur le plan de la santé sont celles qui ont un niveau de scolarité relativement faible. Cependant, bien que la base de données de l'EIAA ne contienne pas de mesure de l'état de santé personnel, le chapitre 1 de ce rapport a montré que le niveau de scolarité d'une personne est lié aux risques relatifs sur le plan de la santé. Si nous étendons cette idée à la base de données de l'EIAA, la relation entre la scolarité et la santé peut servir de mesure extrêmement rudimentaire pour les personnes exposées aux risques relatifs les plus élevés sur le plan de la santé. (Un niveau de scolarité faible correspond à des risques relativement élevés, et un niveau de scolarité élevé, à des risques relativement faibles.) En suivant cette logique et en utilisant nos résultats exposés aux tableaux 2.3 à 2.8, nous observons donc que les personnes âgées ayant les plus faibles niveaux de capacités de lecture (pour les trois catégories de capacités — capacités à l'égard de textes suivis, de textes au contenu quantitatif et de textes schématiques) étaient plus susceptibles de posséder un plus faible niveau de scolarité. Il s'ensuit que ces personnes âgées sont également exposées à un risque relativement plus élevé d'avoir des problèmes de santé (tel que mesuré en fonction du faible niveau de scolarité). Néanmoins, bien que cette mesure puisse indiquer une relation plus élargie entre la santé et l'alphabétisme, il faut signaler qu'il s'agit d'une mesure extrêmement rudimentaire et imparfaite, que nous utilisons ici dans l'unique but d'illustrer le lien entre l'alphabétisme et la santé.

Comme nous l'avons déjà mentionné, les résultats seraient entachés d'erreurs relativement importantes si nous utilisions uniquement la scolarité comme indicateur de la proportion de personnes âgées qui ont besoin d'une aide pour la lecture. Une politique publique doit plutôt s'intéresser à la manière dont les gens obtiennent et utilisent l'information dans leur vie quotidienne. Quelles répercussions doit-on attendre de si faibles niveaux de capacités de lecture sur le quotidien des Canadiens âgés?

Habitudes d'acquisition de l'information

La capacité de comprendre l'information ne constitue qu'un aspect d'une communication efficace. Dans bien des cas, les personnes peuvent ne pas savoir qu'elles ont de la difficulté à comprendre certains types d'information parce qu'elles ne les rencontrent jamais. Il est donc important de comprendre où et comment elles obtiennent l'information en question. Les habitudes d'acquisition de l'information varient avec l'âge et le niveau de capacités de lecture dans les différentes catégories de capacités. Comme le montrent les données rassemblées au graphique 2.3 (et au tableau 2.9), les Canadiens dont le niveau de capacités de lecture est plus élevé sont plus susceptibles de lire des journaux ou des revues quotidiennement. Chez les personnes de 65 ans et plus, par exemple, environ 62 % de celles qui ont de faibles capacités à l'égard de textes suivis lisent des journaux ou des revues de façon quotidienne, contre approximativement 80 % de celles dont le niveau de capacités est plus élevé.

Graphique 2.3 Proportion de Canadiens de 65 ans et plus qui n'ont besoin d'aucune aide pour accomplir certaines activités, selon le niveau de capacités de lecture à l'égard de textes suivis



De même, les personnes plus âgées ayant un niveau plus élevé de capacités de lecture à l'égard de textes suivis ont davantage tendance à s'adonner à la lecture quotidienne de journaux ou de revues; parmi les personnes possédant un niveau de capacités élevé, la proportion de celles qui lisaient quotidiennement le journal ou des revues passait de 47,2 % dans le groupe d'âge de 16 à 24 ans, à 63,7 % dans celui de 35 à 44 ans, et enfin à 92,6 % dans celui de 55 à 64 ans. Cependant, la tendance n'était pas aussi marquée chez les personnes qui n'avaient qu'un faible niveau de capacités à l'égard de textes suivis; la proportion de celles qui s'adonnaient à la lecture quotidienne de journaux ou de revues passait de 62,2 % dans le groupe d'âge de 25 à 34 ans à 48,8 % dans celui de 55 à 64 ans, puis remontait sensiblement au même niveau, soit 62,0 %, chez les personnes âgées.

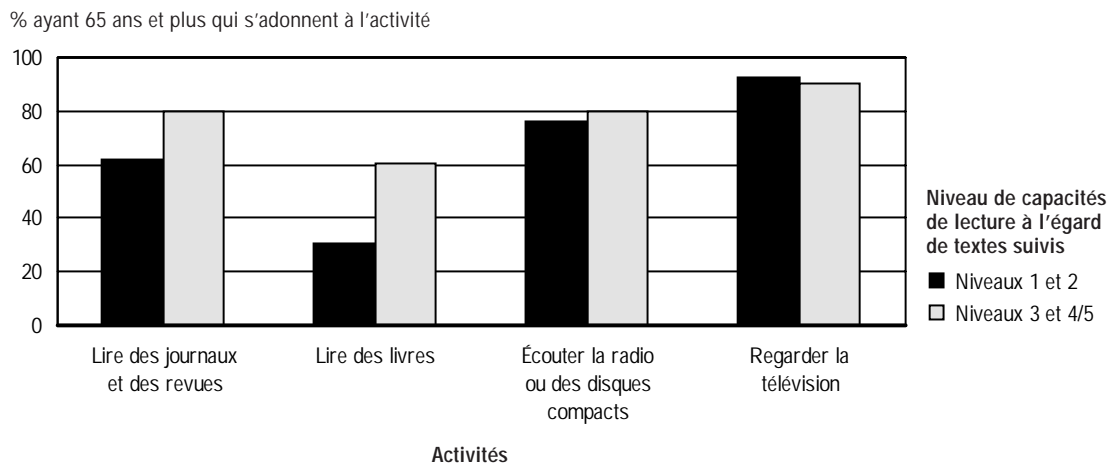
La lecture quotidienne de livres était moins fréquente que celle des journaux ou des revues, quels que soient le groupe d'âge et le niveau de capacités de lecture à l'égard de textes suivis (voir le tableau 2.9). Les écarts les plus faibles ont été relevés chez les personnes de 16 à 24 ans; il est cependant probable que la majorité de ces personnes fréquentent encore un établissement d'enseignement et qu'elles lisent des manuels quotidiennement. Un peu plus des deux tiers des personnes de 55 à 64 ans ayant un niveau élevé de capacités à l'égard de textes suivis ont déclaré lire des livres de façon quotidienne, et ce groupe faisait la plus grande utilisation quotidienne de livres de tous les groupes. Les personnes âgées possédant un niveau élevé de capacités à l'égard de textes suivis se rapprochaient de tels résultats puisque les trois cinquièmes d'entre elles lisaient quotidiennement. Comme nous l'avons observé pour les journaux et les revues, la proportion des personnes possédant un niveau élevé de capacités de qui lisaient des livres quotidiennement avait tendance à augmenter avec l'âge, en fléchissant toutefois légèrement chez les personnes âgées.

Bien que les personnes âgées ayant un faible niveau de capacités de lecture soient plus susceptibles de lire quotidiennement des livres que celles de n'importe quel autre groupe d'âge ayant le même niveau de capacités, la proportion de celles qui s'adonnent effectivement à cette activité reste relativement restreinte (30,4 %). On constate encore une fois une variation en fonction de l'âge puisque chez les personnes possédant de faibles capacités à l'égard de textes suivis, seulement 17,4 % des personnes de 45 à 54 ans et 18 % de celles de 55 à 64 ans lisaient quotidiennement des livres. Cette différence entre les personnes âgées et les personnes plus jeunes peut s'expliquer en partie par le fait que les personnes âgées disposent de plus de temps libre. Cependant, cette explication n'est au mieux que partielle parce qu'elle ne tient pas compte de l'écart marqué au regard de la lecture quotidienne de livres entre les personnes très alphabètes et les personnes peu alphabètes.

Les personnes plus jeunes étaient celles qui avaient le plus tendance à écouter quotidiennement la radio, des disques compacts, des cassettes et des disques, et cette tendance était légèrement plus marquée chez celles qui possédaient un niveau de capacités de lecture plus élevé¹⁵. Toutefois, une très forte proportion de personnes, tous groupes d'âge et niveaux de capacités confondus, étaient exposées quotidiennement à ce type d'information. Il n'en reste pas moins que les personnes âgées, quel que soit leur niveau de capacités à l'égard de textes suivis, avaient un peu moins tendance que les personnes des autres groupes d'âge à s'adonner à de telles activités. Bien que ces activités soient la plupart du temps associées à l'écoute de musique, il est de plus en plus fréquent de trouver un éventail de renseignements disponibles sous de telles formes. Les livres enregistrés sur cassettes, les cours de langue et l'information sur disque ou disque compact ainsi que les traditionnels programmes d'information radio offrent autant de possibilités de développement des capacités de lecture et des connaissances générales.

Les personnes âgées qui ont des capacités de lecture élevées sont donc plus susceptibles que celles dont les capacités sont faibles d'être exposées à un large éventail de sources d'information et de s'en servir plus fréquemment, de façon quotidienne. Les personnes âgées possédant des capacités de lecture élevées sont donc, grâce à leurs activités de lecture, plus susceptibles d'être exposées à un plus large éventail de sources d'information (et peut-être aussi de sources d'information sur la santé). Les personnes âgées peu alphabètes, d'un autre côté, ont moins tendance à être exposées de manière quotidienne à une grande variété de sources d'information. Ces personnes ont donc moins de chances de se trouver en contact avec des renseignements relatifs à la santé dans leur vie quotidienne (voir le graphique 2.4).

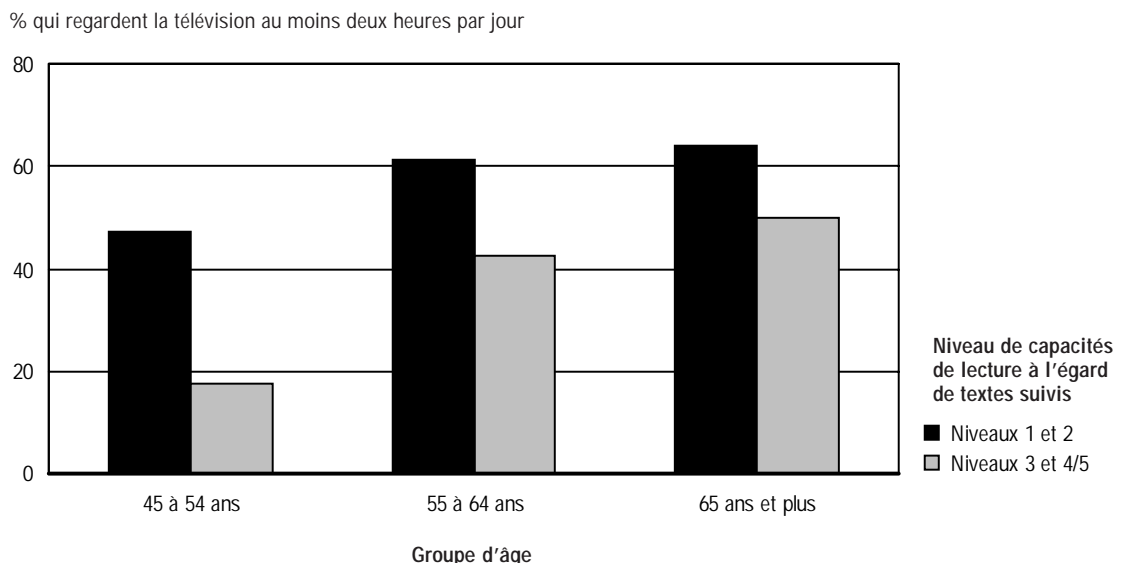
Graphique 2.4 Proportion de Canadiens de 65 ans et plus qui s'adonnent quotidiennement à certaines activités, selon le niveau de capacités de lecture à l'égard de textes suivis



Une des constatations les plus évidentes, résumée au graphique 2.4 et au tableau 2.9, est que la grande majorité des personnes âgées, à tous les niveaux de capacités de lecture, ont déclaré regarder la télévision quotidiennement. Les Canadiens de tous les groupes d'âge et à tous les niveaux de capacités à l'égard de textes suivis étaient en fait fortement susceptibles de regarder la télévision tous les jours. Il serait difficile de soutenir qu'une tendance claire émerge des données du tableau 2.9 à propos de la fréquence d'écoute de la télévision en fonction de l'âge ou du niveau de scolarité. Les personnes possédant un plus faible niveau mesuré de capacités à l'égard de textes suivis sont très légèrement plus susceptibles de regarder quotidiennement la télévision. Compte tenu toutefois de la très large proportion de personnes qui s'adonnent à cette activité, tant chez celles ayant un niveau de capacités élevé que chez celles ayant un faible niveau, cette légère différence n'est pas significative.

En ce qui concerne la durée quotidienne d'écoute de la télévision, on relève des tendances plus nettes en fonction de l'âge et du niveau de capacités de lecture, comme l'illustrent le tableau 2.10 et le graphique 2.5. Les personnes de 45 à 54 ans ayant de plus faibles capacités de lecture à l'égard de textes suivis sont beaucoup plus susceptibles de regarder la télévision ou des enregistrements vidéo pendant au moins deux heures par jour que ne le sont les personnes du même âge possédant un niveau plus élevé de capacités à cet égard (47,4 % et 17,6 %, respectivement). Chez les personnes qui approchent de l'âge de la retraite (groupe d'âge de 55 à 64 ans), celles qui possèdent un plus faible niveau de capacités de lecture étaient susceptibles de passer plus d'heures chaque jour devant la télévision que celles qui possèdent un niveau plus élevé; 61,4 % des personnes de 55 à 64 ans ayant un faible niveau de capacités à l'égard de textes suivis regardaient la télévision au moins deux heures par jour, contre 42,4 % de celles qui possèdent un niveau de capacités élevé. L'écart dans la durée quotidienne d'écoute de la télévision et d'enregistrements vidéo selon le niveau de capacités semble néanmoins être moins prononcé chez les personnes de 65 ans et plus. Les personnes âgées ayant un faible niveau de capacités à l'égard de textes suivis sont plus susceptibles que celles dont le niveau est élevé de regarder la télévision au moins deux heures par jour (63,9 % et 50 %, respectivement). L'écart en pourcentage entre les personnes ayant des niveaux faible et élevé de capacités à l'égard de textes suivis diminue avec l'âge (voir le graphique 2.5).

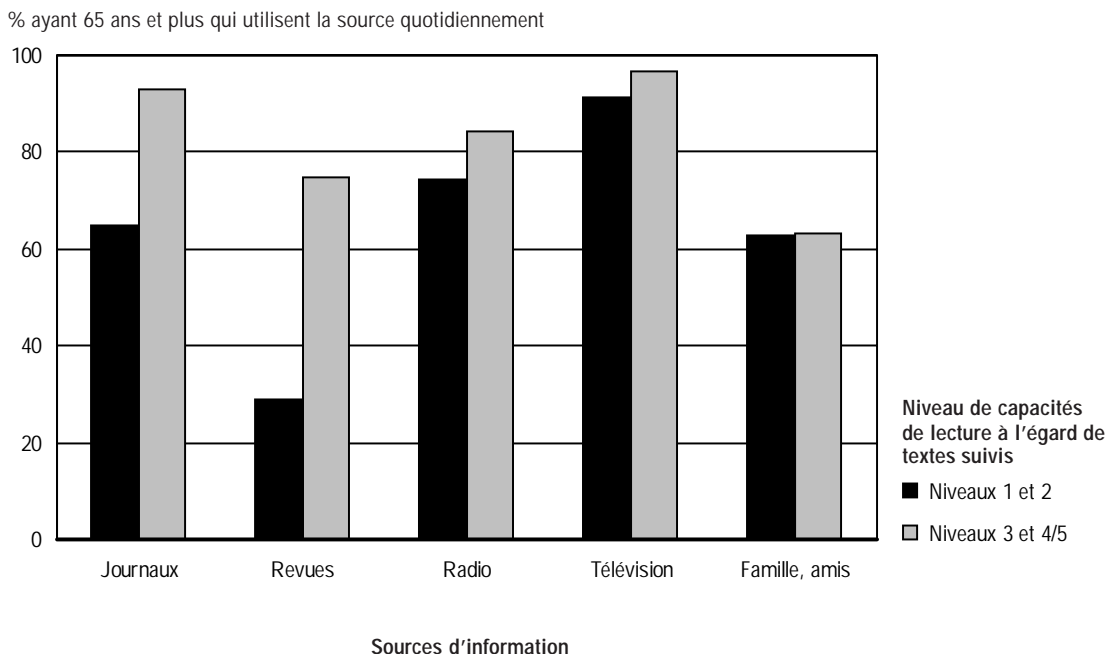
Graphique 2.5 Proportion de Canadiens plus âgés qui regardent la télévision au moins deux heures par jour, selon l'âge et le niveau de capacités de lecture à l'égard de textes suivis



La relation entre l'écoute de la télévision et le niveau de capacités de lecture s'observe chez les deux sexes (voir le tableau 2.11). Chez les moins de 65 ans, les hommes et les femmes ayant un plus faible niveau de capacités à l'égard de textes suivis ont regardé plus souvent la télévision que les hommes et les femmes possédant un niveau plus élevé. Les hommes de 65 ans et plus avaient néanmoins tendance à passer le même temps devant la télévision, quel que soit leur niveau de capacités de lecture (65,1 % pour ceux ayant un niveau plus élevé et 66,2 % pour ceux ayant un niveau plus faible). Chez les femmes de 65 ans et plus, celles qui ont un niveau élevé de capacités à l'égard de textes suivis étaient plus susceptibles de regarder la télévision moins de deux heures par jour que celles dont le niveau de capacités est faible (63,0 % et 37,8 %, respectivement). En fait, les femmes âgées possédant des capacités de lecture élevées à l'égard de textes suivis ont tendance à passer beaucoup moins de temps devant le téléviseur que tous les hommes âgés et que les femmes âgées ayant de faibles capacités. Compte tenu de la proportion élevée des personnes âgées qui regardent la télévision pendant au moins deux heures quotidiennement, il pourrait être utile de se servir de la télévision pour envoyer des messages particuliers, dans le domaine de la médecine et de la santé, aux personnes âgées peu alphabètes.

Les personnes ayant un niveau de capacités de lecture plus faible lisent moins de journaux, de revues et de livres et passent plus d'heures chaque jour devant le téléviseur. Ces différences ont des répercussions sur les connaissances qu'ont les personnes de ce qui se passe dans le monde. Comme on le constate à la lecture du graphique 2.6 et des tableaux 2.12, 2.13 et 2.14, il existe chez les Canadiens plus âgés une relation entre les capacités de lecture et les sources d'information d'où provient leur connaissance des événements d'actualité.

Graphique 2.6 Proportion de Canadiens de 65 ans et plus qui puisent une grande ou une certaine partie de leur connaissance des événements d'actualité dans certaines sources d'information quotidienne, selon la source et le niveau de capacités de lecture à l'égard de textes suivis



Dans tous les groupes d'âge, ceux qui possédaient un niveau élevé de capacités de lecture à l'égard de textes suivis étaient beaucoup plus susceptibles de puiser leur connaissance des événements d'actualité dans des journaux ou des revues que ceux dont le niveau de capacités était faible. Chez les personnes âgées, par exemple, 92,9 % de celles possédant un niveau de capacités élevé puisaient une grande ou une certaine partie de leur connaissance des événements d'actualité dans les journaux, contre seulement 64,8 % des personnes âgées ne possédant qu'un faible niveau de capacités à l'égard de textes suivis. Ceux qui possèdent un faible niveau de capacités à l'égard de textes suivis ont tendance à se mettre au courant des événements d'actualité en écoutant la radio ou la télévision, bien qu'ils ne le fassent pas à une fréquence plus élevée que ceux dont le niveau de capacités est élevé à cet égard. Quel que soit leur niveau de capacités de lecture, les personnes âgées faisaient beaucoup appel à leur famille, à leurs amis et à leurs collègues de travail pour acquérir une grande ou une certaine partie de leur connaissance des événements d'actualité (63,1 % pour celles qui ont un niveau élevé et 62,7 % pour celles dont le niveau est faible). L'entourage pourrait constituer une source d'information vitale pour de nombreuses personnes. La qualité et l'utilité de l'information dépendent cependant énormément des capacités de lecture de ceux avec qui ces personnes âgées peuvent communiquer.

Chez les personnes qui puisent leur connaissance des événements d'actualité dans les journaux ou les revues (que ce soit « beaucoup ou assez » ou « très peu ou pas du tout »), l'écart en pourcentage entre ceux dont le niveau de capacités de lecture est faible et ceux dont le niveau est élevé a tendance à augmenter à mesure qu'on progresse dans les groupes d'âge (voir les tableaux 2.12 à 2.14). Autre fait important, chez les personnes très alphabètes, celles des groupes d'âge plus avancés ont tendance à puiser davantage d'information dans les journaux et les revues ainsi qu'à la radio et à la télévision que celles du groupe d'âge le moins avancé (25 à 44 ans).

L'acquisition continue d'une connaissance des événements d'actualité à mesure que les personnes avancent en âge semble indiquer que les capacités de lecture ne sont pas simplement figées, mais peuvent être modifiées par les activités de ces personnes. On constate, malheureusement, que ce processus est exactement inversé dans le cas des personnes qui ont un faible niveau de capacités à l'égard de textes suivis. Les personnes des deux groupes d'âge les plus avancés (45 à 64 ans, et 65 ans et plus) sont relativement moins susceptibles que celles du groupe d'âge le moins avancé (25 à 44 ans) de puiser leur connaissance des événements d'actualité dans les journaux, les revues et la radio. La télévision se trouve, comme nous l'avons mentionné plus haut, dans une situation un peu particulière de ce point de vue, les personnes âgées puisant une large portion de leur connaissance des événements d'actualité dans cette source, qu'elles aient un niveau de capacités élevé ou faible. Quoi qu'il en soit, les personnes possédant un niveau de capacités plus élevé sont en général capables de puiser une plus forte proportion de leur connaissance dans un plus grand nombre de sources à mesure qu'elles vieillissent, tandis que les personnes moins alphabètes sont relativement plus susceptibles d'utiliser un nombre plus restreint de sources (voir les tableaux 2.12 à 2.14).

Soutien en matière d'alphabétisme dans la vie quotidienne

Le niveau relativement faible de capacités de lecture observé chez les Canadiens plus âgés influe sur la capacité de ces derniers d'utiliser l'information écrite dans leur vie de tous les jours. Les données de l'EIAA révèlent que la majorité des Canadiens plus âgés ont déclaré être en mesure d'utiliser divers types d'information écrite, sans aide d'aucune sorte, dans leur vie quotidienne. Toutefois, une minorité assez importante de Canadiens plus âgés avaient besoin d'aide, à divers degrés, pour accomplir certaines tâches. Ceux dont le niveau de capacités de lecture était moins élevé étaient beaucoup plus susceptibles que les autres d'avoir un tel besoin (voir le tableau 2.15). Par exemple, plus de 98 % des personnes de 65 ans et plus dont les capacités à l'égard de textes suivis se situaient aux niveaux 3 ou 4/5 ont déclaré être capables de lire sans aide une recette ou les instructions sur un contenant de médicaments, mais seulement 72 % des personnes de 65 ans et plus dont les capacités à l'égard de textes suivis se situaient au niveau 1 étaient capables de faire

de même. En général, dans chaque groupe d'âge, les personnes possédant un niveau plus faible de capacités de lecture étaient moins susceptibles que les personnes ayant un niveau plus élevé d'être en mesure d'utiliser par elles-mêmes de l'information écrite.

Si nous examinons les résultats pour les deux sexes, nous constatons que, dans tous les groupes d'âge, les hommes et les femmes dont le niveau de capacités de lecture était plus élevé à l'égard des catégories retenues aux fins de ce rapport avaient moins besoin d'aide pour accomplir les tâches indiquées que les personnes moins alphabètes (voir le tableau 2.16). L'écart entre les hommes et les femmes âgés (65 ans et plus) était peu marqué, restant à l'intérieur du même niveau de capacités. En général, la probabilité de ne pas avoir besoin d'aide pour accomplir une tâche est la même chez les deux sexes. Dans les cas où des écarts sont relevés, ils concernent les hommes et les femmes ayant de faibles capacités de lecture. Les femmes peu alphabètes (niveaux 1 et 2) sont légèrement plus susceptibles de ne pas avoir besoin d'aide pour rédiger des notes et des lettres que les hommes peu alphabètes (82,5 % et 76,8 %, respectivement). Toutefois, la proportion de personnes peu alphabètes qui n'ont pas besoin d'aide pour utiliser l'information des organismes gouvernementaux et des entreprises est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (72,7 % et 64,0 %, respectivement).

Les tableaux 2.15 et 2.16 mettent en évidence un fait intéressant et important. Il s'agit des faibles proportions de personnes âgées peu alphabètes (niveau 1) qui n'ont besoin d'aide ni pour utiliser l'information des organismes gouvernementaux, des entreprises et des autres institutions ni pour remplir des formules telles que des demandes et des bordereaux de dépôt bancaire. Le tableau 2.15 révèle qu'environ 58 % des personnes âgées classées au niveau le plus faible de capacités de lecture à l'égard de textes schématiques n'avaient pas besoin d'aide relativement à l'un ou l'autre de ces types d'information. Ces deux derniers représentent, parmi tous les types d'information dont traite le tableau 2.15, ceux pour lesquels on a rapporté les plus faibles proportions de personnes âgées les moins alphabètes qui n'avaient pas besoin d'aide.

Dans le cas des hommes et des femmes ayant de faibles capacités de lecture, le tableau 2.16 fait ressortir un rapport comparable, quoique les proportions de personnes qui n'ont pas besoin d'aide ne soient pas aussi faibles¹⁶. Environ 64 % des femmes âgées les moins alphabètes n'avaient pas besoin d'aide pour utiliser l'information des organismes gouvernementaux et des entreprises, et 67,4 % d'entre elles n'avaient pas besoin d'aide pour remplir des formules telles que des demandes. Les proportions correspondantes chez les hommes âgés peu alphabètes étaient de 72,7 % et de 68,1 %, respectivement.

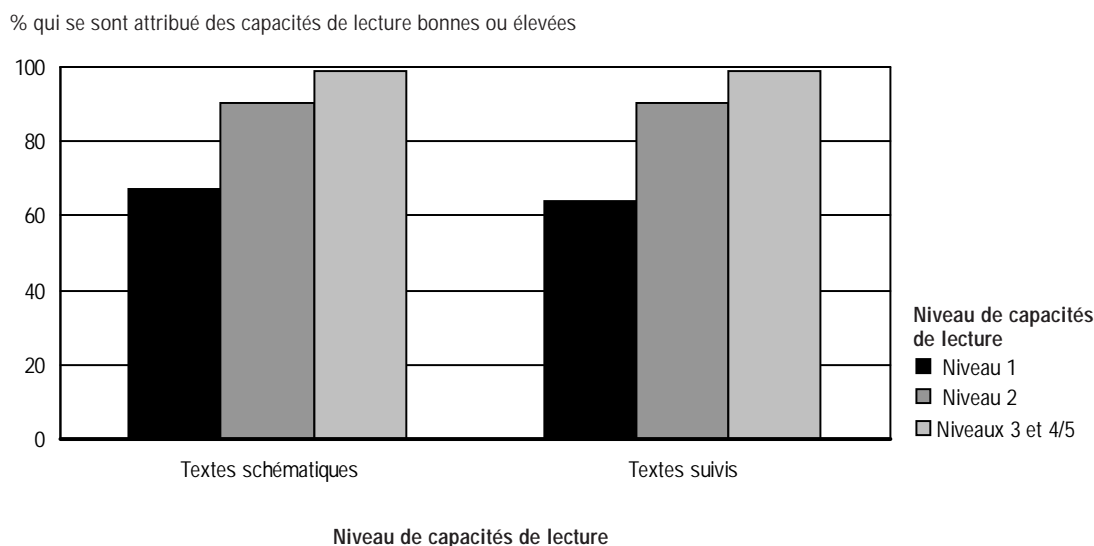
Les données qui précèdent permettent de faire une constatation importante, à savoir que de très nombreux Canadiens plus âgés n'ont pas besoin d'aide pour utiliser de l'information écrite, mais qu'une minorité très importante de personnes classées au plus faible niveau de capacités de lecture ont effectivement besoin d'aide pour utiliser l'information émanant d'organismes gouvernementaux, d'entreprises et d'autres institutions. Cela amène à penser que les documents contenant cette information sont le plus souvent rédigés dans une langue dont le niveau est tel que bon nombre de personnes âgées sont incapables de les utiliser de façon autonome. De tels résultats corroborent les constatations faites aux États-Unis par Walmsley et Allington (1982), qui ont découvert que quantité de documents et formulaires essentiels dans les domaines médical et de l'aide sociale sont rédigés dans un niveau de langue trop élevé pour bon nombre de personnes âgées, car ils supposent des capacités de lecture correspondant à la 9^e année ou plus. Ces constatations sont également corroborées par le fait que les capacités de lecture d'une personne sont bien souvent de beaucoup inférieures au plus haut niveau de scolarité atteint par cette personne (Jackson et autres, 1991). De plus, comme Davis et autres (1996) l'expliquent, une personne ayant des capacités de lecture adéquates pourra avoir un niveau de compréhension beaucoup plus faible. Par conséquent, l'information sur les questions médicales ou de soins de santé rédigée pour des personnes ayant un niveau de scolarité égal ou supérieur à la 9^e année est susceptible de ne pas atteindre une forte proportion des personnes exposées aux risques les plus élevés parce qu'elle dépasse leurs capacités de lecture et de compréhension.

Caractère adéquat des capacités de lecture

Une minorité appréciable de Canadiens plus âgés, et plus particulièrement ceux qui ont un faible niveau de scolarité, ont déclaré avoir besoin d'aide pour lire divers types de documents dans leur vie quotidienne. On peut supposer que ce besoin est attribuable à un niveau inadéquat de capacités de lecture et que les personnes concernées en sont conscientes. Que se passe-t-il toutefois lorsqu'une personne ne sait pas que ses capacités de lecture sont inadéquates? Quelle est la probabilité que des personnes comprennent mal des documents écrits sans s'en apercevoir?

Les données de l'EIAA montrent que beaucoup de Canadiens surestiment leurs capacités de lecture et que cela se produit habituellement le plus fréquemment chez les personnes âgées. Par exemple, 67,1 % des personnes âgées (65 ans et plus) qui se sont classées au niveau 1 au test pour ce qui est de la compréhension de textes schématiques et 90,3 % de celles qui se sont classées au niveau 2 — ce qui correspond aux deux niveaux les plus faibles de l'échelle — croient posséder des capacités de lecture bonnes ou élevées, ce qui correspond aux deux niveaux de classement perçus les plus élevés (voir le graphique 2.7 et le tableau 2.17). Un tel résultat permet de penser qu'il existe un large écart entre les capacités de lecture objectivement mesurées d'une personne et les capacités de lecture telles que perçues par cette dernière. L'écart entre les capacités réelles et les capacités perçues ressort également lorsque nous comparons le niveau de capacités de lecture à l'égard de textes suivis et les capacités de lecture perçues. En effet, 63,8 % des personnes âgées classées au niveau 1 et 90,5 % de celles classées au niveau 2 ont déclaré posséder des capacités de lecture bonnes ou élevées. Des chiffres comparables ont été obtenus pour la compréhension de textes suivis par comparaison avec les capacités d'écriture autoévaluées de même que pour la compréhension de textes au contenu quantitatif par comparaison avec les capacités de calcul autoévaluées (voir le tableau 2.17).

Graphique 2.7 Proportion de Canadiens de 65 ans et plus qui se sont attribué des capacités de lecture bonnes ou élevées, selon le niveau de capacités de lecture à l'égard de textes schématiques et de textes suivis

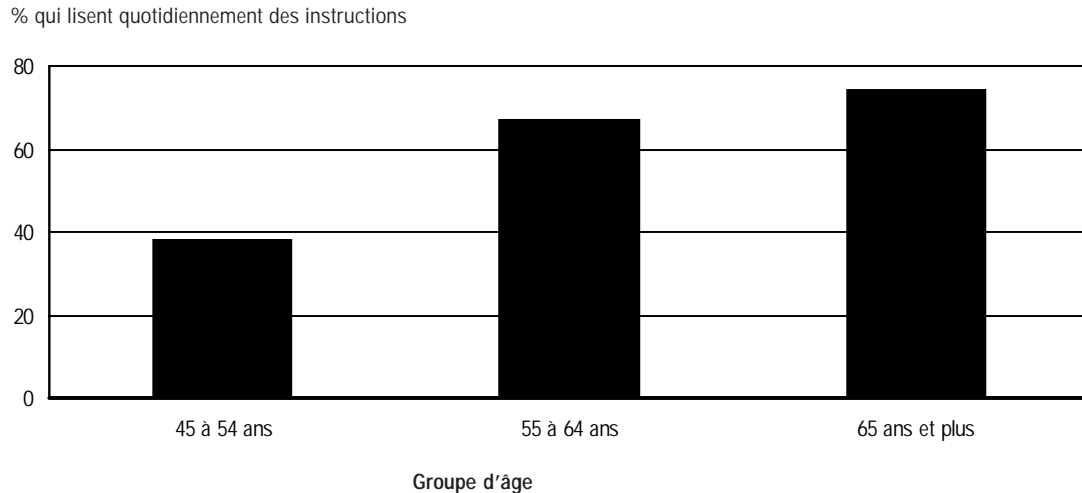


Il semble donc évident que de nombreuses personnes âgées ne savent pas que leurs capacités de lecture sont inadéquates. En supposant qu'un classement au niveau 3 sur l'échelle des capacités de lecture est acceptable, nous pouvons affirmer qu'un nombre assez élevé de personnes âgées ne se classent pas à un niveau acceptable. Qui plus est, cela permet de penser que quantité de personnes âgées ont surestimé leurs capacités de lecture; en effet, leurs capacités objectivement mesurées sont loin de correspondre aux capacités qu'elles s'attribuent elles-mêmes. Une telle situation présente des dangers directs et manifestes pour la santé de ces personnes âgées et se répercute sur leur capacité de comprendre et d'assimiler l'information en matière de santé, sans compter qu'elle peut représenter une source indirecte de confusion et de stress.

De fait, ces constatations éclairent d'une manière un peu différente l'information présentée aux tableaux 2.15 et 2.16. Compte tenu de la proportion élevée de personnes âgées qui, bien qu'ayant des capacités de lecture de niveau 1, estiment posséder des capacités supérieures à leurs capacités mesurées (voir le tableau 2.17), un réexamen des résultats exposés aux tableaux 2.15 et 2.16 s'impose. Nous devons sérieusement mettre en doute la probabilité qu'une si forte proportion de personnes de 65 ans et plus n'aient en fait pas besoin d'aide pour lire les instructions sur un contenant de médicaments, remplir des formules telles que des demandes ou comprendre les renseignements provenant d'organismes gouvernementaux. Près des deux tiers des personnes âgées classées au niveau 1 pour ce qui est de la compréhension de textes suivis s'attribuent des capacités de lecture bonnes ou élevées dans la vie quotidienne (voir le tableau 2.17). Par ailleurs, une proportion tout aussi importante de ces personnes déclarent également ne pas avoir besoin d'aide pour accomplir de nombreuses tâches de lecture (voir les tableaux 2.15 et 2.16). Il est difficile de concilier ces éléments d'information contradictoires. Toutefois, l'information fournie au tableau 2.17 permet de penser que beaucoup de personnes âgées ont une perception de leurs capacités de lecture qui pourrait ne pas correspondre à leurs capacités mesurées. Par conséquent, il est probable que nos résultats présentés aux tableaux 2.15 et 2.16 sous-estiment de manière assez marquée les proportions de personnes âgées qui affirment ne pas avoir besoin d'aide pour accomplir des tâches de lecture.

Un des dangers manifestes pouvant découler de cette situation est une mauvaise compréhension des instructions données par le personnel médical et les pharmaciens, de même que des instructions inscrites sur les contenants de médicaments ou sur les fournitures médicales. Comme il a déjà été indiqué, une analyse documentaire a montré que le phénomène est fréquemment observé chez les personnes âgées et qu'il contribue à leur piètre état de santé (Salzman 1995; Weiss, Reed et Kligman, 1995; Williams et autres, 1995). Le graphique 2.8 et le tableau 2.18 donnent un aperçu du niveau de capacités de lecture à l'égard de textes suivis chez les Canadiens de 35 ans et plus, selon le groupe d'âge, et la fréquence de lecture d'instructions dans des recettes et sur les contenants de médicaments.

Graphique 2.8 Proportion de Canadiens classés aux plus faibles niveaux de capacités de lecture à l'égard de textes suivis (niveaux 1 et 2) qui lisent quotidiennement des instructions dans des recettes sur des contenants de médicaments, selon l'âge



Les personnes peu alphabètes qui sont plus jeunes (35 à 44 ans et 45 à 54 ans) sont assez souvent relativement moins susceptibles d'avoir besoin de lire les instructions sur les contenants de médicaments que les personnes plus alphabètes. Par exemple, seulement 38,3 % des personnes de 45 à 54 ans qui ont besoin de lire de telles instructions dans leur vie quotidienne ont de faibles capacités de lecture, tandis que 61,7 % possèdent des capacités élevées. Par ailleurs, chez les personnes âgées qui se livrent quotidiennement à une telle activité, la proportion de celles qui ont un faible niveau de capacités est étonnamment élevée. En effet, 74,3 % des personnes de 65 ans et plus qui lisent quotidiennement des instructions dans des recettes ou sur des contenants de médicaments se sont classées aux deux niveaux les plus faibles de capacités à l'égard de textes suivis. Comme les personnes âgées sont beaucoup plus susceptibles de consommer des médicaments délivrés sur ordonnance, la probabilité qu'elles utilisent mal les médicaments ou qu'elles comprennent mal ou ne respectent pas les ordonnances est extrêmement élevée.

Il existe également des liens entre le niveau de capacités de lecture et la façon dont les Canadiens plus âgés obtiennent de l'information en matière de santé. Les questions d'actualité liées à la santé sont bien souvent présentées et examinées dans les rubriques des journaux consacrées à la santé. Les quotidiens se voient fréquemment transmettre des renseignements détaillés au sujet de nouveaux traitements, des effets secondaires de médicaments ou de changements dans les habitudes de vie qui sont susceptibles d'améliorer l'état de santé des personnes. Certes, cette information ne remplace pas les conseils éclairés des médecins. Quoiqu'il en soit, il faut reconnaître que l'information de cette nature présentée dans un journal peut amener le lecteur à s'intéresser de près aux questions de santé ou l'inciter à communiquer avec son médecin et à lui poser des questions pertinentes.

Les données de l'EIAA révèlent que les personnes âgées qui ont un niveau de capacités de lecture plus faible sont beaucoup moins susceptibles de lire la section du journal consacrée à la vie au foyer, à la mode et à la santé que les personnes dont le niveau de capacités à l'égard de textes suivis est plus élevé (voir le tableau 2.19). Plus de 70 % des personnes âgées ayant un niveau de capacités élevé ont obtenu de l'information dans cette section du journal, comparativement à près de 60 % des personnes âgées classées aux niveaux les plus faibles. Cela signifie qu'au moins les deux cinquièmes des adultes de 65 ans et plus qui sont peu alphabètes ne lisent pas la

section du journal consacrée aux questions de santé. Par conséquent, les personnes âgées dont le niveau de capacités de lecture est plus élevé sont plus susceptibles d'être en mesure de tirer profit de l'information en matière de santé que fournissent les journaux.

Selon les données que nous avons recueillies, les personnes âgées peu alphabètes surestiment leurs capacités de lecture. Comme nous l'indiquons dans l'analyse de la documentation, l'existence d'un lien entre la santé et l'alphabétisme suppose non seulement la capacité de lire de l'information, mais aussi celle de bien comprendre et assimiler l'information reçue en matière de santé (Davis et autres, 1996). Malheureusement, compte tenu des capacités de lecture de bon nombre de personnes âgées, telles que mesurées objectivement dans le cadre de l'EIAA, il est permis de penser que les personnes qui ont de faibles capacités sont incapables d'accomplir avec régularité bon nombre de tâches de lecture en comprenant entièrement ce qu'elles lisent. En outre, ces mêmes personnes âgées peu alphabètes sont plus susceptibles d'avoir à lire des ordonnances médicales dans leur vie quotidienne, tout en étant moins susceptibles de prendre connaissance de l'information en matière de santé que fournissent les journaux.

Si nous la combinons à nos constatations concernant le soutien à l'alphabétisme et l'acquisition des capacités de lecture, l'information présentée plus haut fait ressortir les difficultés auxquelles les personnes âgées peu alphabètes sont confrontées en matière de santé du fait de leurs faibles capacités de lecture. Ce dont les chercheurs ont besoin, ce sont de sources de données à grande échelle pour pouvoir examiner plus directement le lien qui existe entre la santé et l'alphabétisme.

Conclusion

Le présent rapport montre que l'environnement socioéconomique reste un important facteur déterminant de la santé. Les variables comme le revenu et la scolarité continuent d'influer directement et indirectement sur l'état de santé des gens. Cependant, le rôle de l'alphabétisme, notamment chez les personnes âgées, est un aspect relativement négligé de la relation entre l'environnement socioéconomique et l'état de santé. Les données présentées ici corroborent l'existence d'une relation entre l'alphabétisme et les populations exposées à des risques élevés en matière de santé chez les personnes âgées. L'Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes (1994) ne fournit pas de mesure directe de l'état de santé, mais notre analyse fondée sur l'information tirée de cette enquête révèle que pour chacune des trois catégories de capacités de lecture (capacités à l'égard de textes suivis, de textes schématiques et de textes au contenu quantitatif), les personnes ayant un plus faible niveau de capacités de lecture sont plus susceptibles d'être exposées aux risques les plus élevés en matière de santé, l'effet étant plus marqué chez les personnes âgées. Cette relation a tendance à se manifester dans tous les groupes d'âge et chez les deux sexes.

Toutefois, le fait de connaître le lien entre les capacités de lecture et la population des personnes âgées ne permet pas de bien comprendre de quelle façon un niveau de capacités plus faible touche cette population à risques. Un complément d'analyse a révélé que beaucoup de personnes âgées peu alphabètes qui sont exposées à des risques relativement plus élevés en matière de santé ont besoin d'aide pour accomplir un certain nombre de tâches quotidiennes telles que lire des renseignements provenant d'organismes gouvernementaux et remplir des formulaires. Par contre, beaucoup moins nombreuses sont les personnes qui ont besoin d'une telle aide dans la population plus alphabète, caractérisée par des risques relativement moindres sur le plan de la santé. Cette relation reste la même lorsqu'on tient compte du sexe. Le besoin d'aide pour accomplir des tâches de lecture et des tâches quotidiennes gêne énormément les personnes concernées. L'accès à l'aide sociale, à l'information sur les soins de santé et à divers autres programmes en matière de santé est directement relié aux capacités de lecture. Par conséquent, les capacités de lecture des personnes âgées ayant un faible niveau mesuré de capacités se répercutent directement sur la santé de ces dernières.

En outre, notre analyse a permis de découvrir les diverses méthodes qu'utilisent les personnes pour obtenir de l'information. Nous avons constaté que les personnes âgées ayant un niveau de capacités de lecture plus élevé étaient davantage susceptibles de tirer leur information de sources plus variées que les personnes âgées ayant un niveau plus faible. La télévision était une des principales sources d'information sur les événements d'actualité, mais les personnes plus alphabètes étaient plus susceptibles que les autres de rechercher un complément d'information dans les journaux et les revues. De même, nous avons constaté qu'une forte proportion de personnes âgées peu alphabètes susceptibles de lire les journaux avaient moins tendance que les personnes âgées très alphabètes à lire les sections consacrées à l'habitation, à la mode et à la santé.

Nous avons en outre observé que beaucoup de personnes âgées surestimaient leurs capacités de lecture. Celles dont les capacités de lecture mesurées étaient les plus faibles (que ce soit pour les textes suivis, les textes schématiques ou les textes au contenu quantitatif), étaient beaucoup

plus susceptibles d'avoir surestimé leurs capacités de lecture que les personnes dont les capacités de lecture mesurées étaient plus élevées. Nous avons relevé des risques possibles pour la santé chez les très nombreuses personnes âgées dont les capacités mesurées étaient les plus faibles qui devaient prendre chaque jour des médicaments et avaient probablement à lire et à comprendre les ordonnances et les instructions sur les contenants de médicaments.

Les renseignements recueillis font donc ressortir un lien entre les personnes exposées à des risques élevés sur le plan de la santé et celles qui possèdent un niveau de capacités de lecture plus faible, notamment chez les personnes âgées. Un autre problème auquel ces personnes sont confrontées est le fait qu'elles ont besoin d'aide à de nombreux égards en matière de soins de santé, par exemple pour remplir des formulaires et lire des ordonnances et des instructions sur les contenants de médicaments. Ces problèmes sont aggravés par le fait que bon nombre de personnes âgées exposées à des risques élevés sur le plan de la santé ne savent pas que leurs capacités de lecture sont limitées.

Par conséquent, les constatations présentées ici sembleraient corroborer l'affirmation selon laquelle l'alphabétisme constitue un des grands enjeux en matière de promotion de la santé. Toutefois, les preuves à cet égard sont pour la plupart indirectes. Il faudrait disposer de mesures directes de la santé et des activités en ce domaine. Il faudrait aussi mesurer et évaluer l'alphabétisme. Malheureusement, l'EIAA ne fournit pas beaucoup de renseignements utiles pour évaluer le lien entre la santé d'une personne et son niveau de capacités de lecture. Certes, l'EIAA n'a jamais été censée fournir de tels renseignements. On l'a conçu pour recueillir de l'information sur les liens entre les capacités de lecture, la population active, la sécurité économique et l'emploi, ce qui a très bien réussi. Quoi qu'il en soit, la documentation sur le lien entre l'alphabétisme et la santé, conjuguée aux présentes constatations, fait ressortir un urgent besoin de comprendre de façon plus directe et détaillée le lien en question, notamment en ce qui a trait à la population âgée du Canada.

Nos résultats, corroborés par ceux des recherches sur la santé et l'alphabétisme, montrent que beaucoup de Canadiens âgés subissent les conséquences de faibles capacités de lecture. Ces personnes peuvent s'exposer elles-mêmes à des dangers (par exemple lorsqu'elles comprennent mal les instructions sur les contenants de médicaments ou lisent mal les formulaires de consentement), ce qui peut également influencer sur les dépenses médicales (en raison par exemple d'une mauvaise utilisation des services médicaux). En ce qui concerne la santé du public en général, la documentation médicale et nos constatations permettent de penser qu'un faible niveau de capacités de lecture a des répercussions sur les activités et habitudes des personnes en matière de santé. À chacune de ces catégories de capacités est associée une possibilité de modification de la politique en matière de santé. Compte tenu de la croissance de la population âgée au Canada, des prévisions concernant un accroissement de la consommation de médicaments chez les personnes âgées et de la tendance à la perte de capacités de lecture chez les personnes âgées, il est très urgent que nous considérions l'alphabétisme comme un enjeu important en matière de promotion de la santé.

Notes

1. Dans le cadre de cette étude, nous définissons les « personnes âgées » comme étant toutes les personnes de 65 ans et plus.
2. Il n'existe pas de mesure directe de l'état de santé d'une personne dans l'EIAA.
3. Johnson (1996) fonde ces conclusions sur un échantillon de quelque 82 personnes âgées (64 ans et plus) habitant dans une collectivité rurale de l'ouest des États-Unis. Bien qu'il prévienne les lecteurs que les résultats de cette étude doivent être interprétés avec prudence, Johnson démontre néanmoins que ces résultats corroborent d'autres études sur les personnes âgées vivant à la campagne aux États-Unis. Johnson soutient de plus que les renseignements contenus dans cette étude démontrent, lorsqu'on les compare avec ceux tirés d'autres études sur les personnes âgées vivant en milieu urbain, que les personnes âgées participantes des milieux ruraux semblent avoir moins de personnes dans leur réseau de soutien social, un niveau de soutien social moindre et une conscience moindre des problèmes de santé que les personnes âgées vivant dans les centres urbains (1996, p. 64 et 65).
4. Tous les tableaux mentionnés dans le texte sont présentés à l'annexe A.
5. Malheureusement, les données de l'ENSP destinées à une utilisation publique ne permettent pas d'établir une distinction entre les régions rurales et urbaines pour l'ensemble du Canada (les données sur l'Ontario et une partie de la Colombie-Britannique n'étant pas ventilées en fonction de la résidence en région rurale ou urbaine).
6. Dans une certaine mesure, ce point de vue ne tient pas compte du fait que le niveau de scolarité varie grandement au Canada à l'intérieur des groupes d'âge et entre ces derniers. On peut observer ce phénomène en utilisant les niveaux de capacités de lecture de l'EIAA comme approximation des niveaux de scolarité; on observe, en fait, une grande variabilité des résultats dans tous les groupes d'âge. Ainsi, par exemple, bien que certains chercheurs soutiennent que le niveau de scolarité devient de plus en plus homogène, les résultats enregistrés en matière d'alphabétisme permettent de penser qu'il subsiste une grande diversité à cet égard chez les groupes de jeunes.
7. Les résultats de Tuijnman, cependant, sont basés sur une étude longitudinale portant sur une cohorte d'hommes et nul n'a vérifié s'ils étaient applicables aux femmes.
8. Une étude utilisant un modèle linéaire multidimensionnel semblable à celui de Ross et Wu (1996) pourrait cependant avoir abouti à une conclusion étayant l'hypothèse de convergence.
9. Le taux élevé de non-réponse concernant les données sur le revenu présente en fait un problème en ce qui concerne les résultats examinés au chapitre 2 provenant de l'Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes.
10. Cette tranche d'âge est plus large que celle des « personnes âgées » suivant notre définition; les données à son sujet permettent toutefois de penser que les patients plus âgés sont beaucoup plus susceptibles d'être confrontés à ce type de problèmes. Les résultats sont importants de ce point de vue.
11. Les résultats présentés dans le chapitre 2 de cette étude ont été corrigés en fonction des critères de diffusion de Statistique Canada. Malheureusement, lors de l'analyse d'un nombre si élevé de variables sur une population aussi restreinte, la petite taille de l'échantillon engendre vite de nombreux résultats inacceptables en vertu des lignes directrices sur la diffusion. Bien que de nombreux résultats présentés dans cette analyse soient considérés comme « marginaux » par rapport aux critères de diffusion, tous les efforts ont été faits pour suivre les lignes directrices et obtenir des résultats « acceptables ». Lorsque cela s'est avéré impossible, les résultats ont été qualifiés de « marginaux ». Les résultats « inacceptables » n'ont pas été inclus dans les tableaux et dans les graphiques puisqu'ils sont entachés d'un degré d'erreur trop élevé pour pouvoir être interprétés correctement.
12. Le taux élevé de non-réponse aux questions de l'EIAA sur le revenu nous a amenés à comparer les données de cette enquête à celles d'une source de données plus valide. L'analyse de la répartition des revenus dans l'EIAA démontre qu'elle se compare à celle obtenue à partir des données sur le revenu provenant de l'Enquête sur les finances des consommateurs (EFC) de 1994, mais qu'elle n'est manifestement pas identique (voir le tableau 2.2). Les données relatives au revenu des ménages qui proviennent de l'EIAA sous-estiment dans la majorité des cas les catégories de revenus des ménages définies aux fins l'EFC. Chose importante, elles sous-estiment les catégories de revenus élevés et moyens, sauf pour la catégorie des revenus compris entre 70 000 \$ et 79 999 \$. De plus, elles

surestiment les deux catégories correspondant aux revenus les plus faibles (entre 20 000 \$ et 29 999 \$ et moins que 20 000 \$). Nous avons donc effectué notre analyse en utilisant la variable de la scolarité plutôt que celle du revenu des ménages.

13. Les capacités de lecture étaient à l'origine mesurées sur une échelle comprenant 5 niveaux. Lors de la publication des microdonnées de l'EIAA, on a combiné les renseignements relatifs aux niveaux 4 et 5, ce qui donnait une échelle à 4 niveaux de capacités de lecture. On a poussé la simplification plus loin pour cette analyse en réduisant à deux le nombre de niveaux : niveaux faible et moyennement faible (niveaux 1 et 2) et niveaux moyennement élevé et élevé (niveaux 3 et 4/5).
14. Willms (1997) utilise une analyse de régression pour modéliser la relation entre les capacités de lecture (à l'égard de textes suivis, de textes schématiques et de textes au contenu quantitatif) et les caractéristiques personnelles des répondants. L'auteur tient compte de l'effet de caractéristiques telles que le sexe, l'âge, la langue, la situation au regard de l'activité, le revenu, la situation professionnelle, les années de scolarité, les niveaux de scolarité du père et de la mère et le type de collectivité (rurale ou urbaine).
15. Une partie du lien avec la scolarité pourrait également provenir du fait que ceux qui ont un plus haut niveau de scolarité ont plus de chances d'avoir un revenu plus élevé et sont donc plus aptes à acheter certains des équipements nécessaires pour écouter ces sources (tels que des lecteurs de disques compacts).
16. Dans le tableau 2.16, les deux niveaux les plus faibles de capacités de lecture sont combinés, mais on établit une distinction entre les deux dans le tableau 2.15.

Bibliographie

- Adler, Nancy E., Thomas Boyce, Margaret A. Chesney, Sheldon Cohen, Susan Folkman, Robert L. Kahn et S. Leonard Syme. 1994. « Socio-economic Status and Health: The Challenge of the Gradient », *American Psychologist*, vol. 49, n° 1, p. 15 à 24.
- Association canadienne de santé publique (ACSP). 1997. « Incidences des conditions et des politiques socio-économiques sur la santé : Conséquences au plan de la politique publique », *ACSP — Document de travail du conseil d'administration*, mars.
- Breen, Mary J. 1998. « Promouvoir l'alphabétisation, c'est améliorer la santé », *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*, études commandées par le Forum national sur la santé, volume 2 : Les déterminants de la santé — Les adultes et les personnes âgées, Sainte-Foy, Québec, Éditions MultiMondes, p. 43 à 91.
- Chen, Jiajian, Edward Ng et Russell Wilkins. 1996. « La santé des immigrants au Canada en 1994-1995 », *Rapports sur la santé*, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 7, n° 4, Ottawa, p. 37 à 50.
- Choi, Namkee G. 1996. « The Never-Married and Divorced Elderly: Comparison of Economic and Health Status, Social Support, and Living Arrangement », *Journal of Gerontological Social Work*, vol. 26, n° 1-2, p. 3 à 25.
- D'Arcy, Carl. 1986. « Unemployment and Health: Data and Implications », *Canadian Journal of Public Health/Revue canadienne de santé publique*, vol. 77, supplément 1, p. 124 à 131. Résumé en français.
- Davis, Terry C., Helen Meldrum, Penelope K.P. Tippy, Barry D. Weiss et Mark V. Williams. 1996. « How Poor Literacy Leads to Poor Health Care », *Patient Care*, vol. 15, octobre, p. 94 à 127.
- Dickinson, Harley D., et Mark Stobbe. 1988. « Occupational Health and Safety in Canada », *Sociology of Health Care in Canada*, publié sous la direction de B. Singh Bolaria et Harley D. Dickinson, Toronto, Harcourt Brace Jovanovich, p. 426 à 443.
- Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes (EIAA). 1996. *Document de base sur l'Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes (EIAA)*, produit n° 89F0094XIF au catalogue de Statistique Canada, Ottawa.
- Goldman, Noreen, Sanders Korenman et Rachel Weinstein. 1995. « Marital Status and Health Among the Elderly », *Social Science and Medicine*, vol. 40, n° 12, p. 1717 à 1730.
- Harper, Peggy, et Sharon Van Riper. 1993. « Implantable Cardioverter Defibrillator: A patient education model for the illiterate patient », *Critical Nurse Care*, avril, p. 55 à 59.
- Hertzman, C. 1994. « The Lifelong Impact of Childhood Experiences: A Population Health Perspective », *Daedalus, Journal of the American Academy of Arts and Sciences*, vol. 123, n° 4, automne, p. 167 à 180. Health and Wealth.

- House, James S., James M. Lepkowski, Ann M. Kinney, Richard P. Mero, Ronald C. Kessler et A. Regula Herzog. 1994. « The Social-Stratification of Aging and Health », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 35, n° 3, p. 213 à 234.
- Hu, Y., et N. Goldman. 1990. « Mortality Differentials by Marital Status: An International Comparison », *Demography*, vol. 27, n° 2, p. 233 à 250.
- Jackson, Robert H., Terry C. Davis, Lee E. Bairnsfather, Ronald B. George, Michael A. Crouch et Helena Gault. 1991. « Patient Reading Ability: An Overlooked Problem in Health Care », *Southern Medical Journal*, vol. 84, n° 10, octobre, p. 1172 à 1175.
- Johnson, Julie E. 1996. « Social Support and Physical Health in the Rural Elderly », *Applied Nursing Research*, vol. 9, n° 2, mai, p. 61 à 66.
- Kisker, E.E., et N. Goldman. 1987. « Perils of Single Life and Benefits of Marriage », *Social Biology*, vol. 34, n° 3-4, p. 135 à 152.
- Kitagawa, E.M., et P.M. Hauser. 1973. *Differential Mortality in the United States: A socioeconomic epidemiology*, publié sous la direction de E.M. Kitagawa et P.M. Hauser, Cambridge, Mass., Harvard University Press.
- Leigh, J. Paul, et James F. Fries. 1993. « Associations Among Healthy habits, Age, Gender, and Education in a Sample of Retirees », *International Journal of Aging and Human Development*, vol. 36, n° 2, p. 139 à 155.
- Lillard, Lee A., et Constantijn A. Panis. 1996. « Marital Status and Mortality: The Role of Health », *Demography*, vol. 33, n° 3, août, p. 313 à 327.
- List, Marcy A., Loretta Lacey, Ernestine Hopkins et Dee Burton. 1994. « The involvement of low literate elderly women in the development and distribution of cancer screening materials », *Family and Community Health*, vol. 17, n° 1, p. 42 à 55.
- Livi-Bacci, M. 1984. « Selectivity of Marriage and Mortality: Notes for Future Research », *Population and Biology*, publié sous la direction de N. Keyfitz, Liège, Belgique, Union internationale pour l'étude scientifique de la population, p. 99 à 108.
- Marmot, M.G., M.J. Shipley et G. Rose. 1984. « Inequalities in death: Specific explanations of a general pattern? », *Lancet* vol. 1, n° 8384, 5 mai, p. 1003 à 1006.
- Millar, W.J., et T. Stephens. 1993. « Statut social et risques pour la santé des adultes canadiens : 1985 et 1991 », *Rapports sur la santé*, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 5, n° 2, Ottawa, p. 143 à 156.
- Murphy, Peggy W., Terry C. Davis, Robert H. Jackson, Barbara C. Decker et Sandra W. Long. 1993. « Effects of Literacy on Health-Care of the Aged: Implications for Health Professionals », *Educational Gerontology*, vol. 19, n° 4, p. 311 à 316.
- Nelson, Martha A. 1993. « Race, Gender, and the Effect of Social Supports on the Use of Health Services by Elderly Individuals », *International Journal of Aging and Human Development*, vol. 37, n° 3, p. 227 à 246.
- Nelson, Martha A. 1994. « Economic Impoverishment as a Health Risk: Methodologic and Conceptual Issues », *Advances in Nursing Science*, vol. 16, n° 3, p. 1 à 12.
- Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) et Statistique Canada. 1995. *Littératie, Économie et Société : Résultats de la première Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes*, produit n° 89-545F au catalogue de Statistique Canada, OCDE, Paris, et ministre de l'Industrie, Ottawa, 217 p.
- Ross, Catherine E., et Chia-Ling Wu. 1996. « Education, Age and the Cumulative Advantage in Health », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 37, n° 1, mars, p. 104 à 120.
- Ross, Catherine E., et Chia-Ling Wu. 1995. « The Links between Education and Health », *American Sociological Review*, vol. 60, n° 5, octobre, p. 719 à 745.

- Salzman, Carl. 1995. « Medication Compliance in the Elderly », *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 56, supplément 1, p. 18 à 23.
- Santé Canada. 1994. *Stratégies d'amélioration de la santé de la population : investir dans la santé des Canadiens*, Ottawa, Santé Canada, 49 p.
- Shalla, Vivian, et Grant Schellenberg. 1998. *La valeur des mots : alphabétisme et sécurité économique au Canada*, produit n° 89-552-MPF au catalogue de Statistique Canada, Ottawa, 78 p. « Série de monographies sur l'alphabétisme », n° 3.
- Shye, Diana, John P. Mullooly, Donald K. Freeborn et Clyde R. Pope. 1995. « Gender Differences in the Relationship Between Social Network Support and Mortality: A Longitudinal Study of an Elderly Cohort », *Social Science and Medicine*, vol. 41, n° 7, octobre, p. 935 à 947.
- Statistique Canada et Développement des ressources humaines Canada. 1996a. *Grandir au Canada : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, produit n° 89-550-MPF au catalogue de Statistique Canada, Ottawa, 160 p. n° 1.
- Statistique Canada, Développement des ressources humaines Canada et Secrétariat national à l'alphabétisation. 1996b. *Lire l'avenir : Un portrait de l'alphabétisme au Canada*, produit n° 89-551-XPF au catalogue de Statistique Canada, Ottawa, 131 p.
- Syme, S.L. 1994. « The Social Environment and Health », *Daedalus, Journal of the American Academy of Arts and Sciences*, vol. 123, n° 4, automne, p. 79 à 86. Health and Wealth.
- Tamblyn, Robyn, et Robert Perreault. 1998. « Encourager l'utilisation rationnelle des médicaments d'ordonnance chez les personnes âgées », *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*, études commandées par le Forum national sur la santé, volume 2 : Les déterminants de la santé — Les adultes et les personnes âgées, Sainte-Foy, Québec, Éditions MultiMondes, p. 213 à 285.
- Tuijnman, Albert. 1989. « Recurrent Education, Earnings, and Well-being: A Fifty-year Longitudinal Study of a Cohort of Swedish Men », *Acta Universitatis Stockholmiensis — Stockholm Studies in Educational Psychology*, vol. 24, p. 1 à 284.
- Walmsley, Sean A., et Richard L. Allington. 1982. « Reading Abilities of Elderly Persons in Relation to the Difficulty of Essential Documents », *The Gerontologist*, vol. 22, n° 1, p. 36 à 38.
- Weiss, Barry D., Richard L. Reed et Evan W. Kligman. 1995. « Literacy Skills and Communication Methods of Low-income Older Persons », *Patient Education and Counseling*, vol. 25, n° 2, p. 109 à 119.
- Wilkinson, R.G. 1994. « The Epidemiologic Transition: From Material Scarcity to Social Disadvantage? », *Daedalus, Journal of the American Academy of Arts and Sciences*, vol. 123, n° 4, automne, p. 61 à 78. Health and Wealth.
- Williams, M.V., R. Parker, D.W. Baker, N.S. Parikh, K. Pitkin, W.C. Coates et J. R. Nurss. 1995. « Inadequate Functional Health Literacy Among Patients at Two Public Hospitals », *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, vol. 274, n° 21, p. 1677 à 1682.
- Willms, J. Douglas. 1997. *Les capacités de lecture des jeunes Canadiens*, produit n° 89-552-MPF au catalogue de Statistique Canada, Ottawa, 39 p. « Série de monographies sur l'alphabétisme », n° 1.
- Winkleby, Marilyn A., Darius E. Jatulis, Erica Frank et Stephen P. Fortmann. 1992. « Socioeconomic Status and Health: How Education, Income, and Occupation Contribute to Risk Factors for Cardiovascular Disease », *American Journal of Public Health*, vol. 82, n° 6, p. 816 à 820.

Annexe A

Tableau 1.1 État de santé, selon l'état matrimonial et l'âge

Groupe d'âge et état matrimonial	État de santé			Total
	De mauvais à moyen	Bon	De très bon à excellent	
			%	
Personnes de 25 à 34 ans				
Mariées ¹	4,6	21,6	73,8	100,0
Célibataires ²	6,2	23,6	70,1	100,0
Total	5,2	22,3	72,6	100,0
Personnes de 35 à 44 ans				
Mariées ¹	5,2	26,2	68,6	100,0
Célibataires ²	10,5	23,8	65,7	100,0
Total	6,3	25,7	68,0	100,0
Personnes de 45 à 54 ans				
Mariées ¹	10,0	27,5	62,5	100,0
Célibataires ²	19,2	26,4	54,4	100,0
Total	11,9	27,2	60,8	100,0
Personnes de 55 à 64 ans				
Mariées ¹	16,2	32,6	51,2	100,0
Célibataires ²	23,9	35,0	41,1	100,0
Total	18,0	33,2	48,9	100,0
Personnes de 65 à 74 ans				
Mariées ¹	21,8	36,3	41,9	100,0
Célibataires ²	17,5	31,4	41,1	100,0
Total	23,8	34,6	41,6	100,0
Personnes de 75 ans et plus				
Mariées ¹	32,4	33,8	33,8	100,0
Célibataires ²	31,0	30,4	38,6	100,0
Total	31,6	32,0	36,3	100,0

1. « Mariées » s'applique aux couples mariés ou vivant en union libre.

2. « Célibataires » s'applique aux personnes qui n'ont jamais été mariées ou qui sont divorcées, séparées ou veuves.

Nota : La somme des pourcentages peut ne pas correspondre à 100 en raison de l'arrondissement.

Tableau 1.2 État de santé des Canadiens plus âgés, selon l'état matrimonial, le sexe et l'âge

Sexe, groupe d'âge et état matrimonial	État de santé			Total
	De mauvais à moyen	Bon	De très bon à excellent	
			%	
Hommes de 55 à 64 ans				
Mariés ¹	15,8	32,0	52,2	100,0
Célibataires ²	24,1*	37,1	38,8	100,0
Total	17,2	32,8	50,0	100,0
Femmes de 55 à 64 ans				
Mariées ¹	16,6	33,3	50,1	100,0
Célibataires ²	23,7	34,0	42,3	100,0
Total	18,6	33,5	47,9	100,0
Hommes de 65 à 74 ans				
Mariés ¹	24,2	33,3	42,4	100,0
Célibataires ²	24,5	36,6	38,9	100,0
Total	24,3	34,1	41,6	100,0
Femmes de 65 à 74 ans				
Mariées ¹	19,2	39,5	41,4	100,0
Célibataires ²	28,8	29,2	42,0	100,0
Total	23,3	35,1	41,6	100,0
Hommes de 75 ans et plus				
Mariés ¹	31,9	34,5	33,6	100,0
Célibataires ²	25,3*	36,2	38,5	100,0
Total	30,1	35,0	34,9	100,0
Femmes de 75 ans et plus				
Mariées ¹	33,1	32,7	34,2	100,0
Célibataires ²	32,4	28,9	38,7	100,0
Total	32,6	30,1	37,3	100,0

1. « Mariées » s'applique aux couples mariés ou vivant en union libre.

2. « Célibataire » s'applique aux personnes qui n'ont jamais été mariées ou qui sont divorcées, séparées ou veuves.

* Les chiffres sont conformes aux lignes directrices sur la diffusion de l'ENSP.

Nota : La somme des pourcentages peut ne pas correspondre à 100 en raison de l'arrondissement.

Tableau 1.3 État de santé, selon le sexe et l'âge

Groupe d'âge et sexe	État de santé			Total
	De mauvais à moyen	Bon	De très bon à excellent	
			%	
Personnes de 25 à 34 ans				
Hommes	4,0	21,1	74,9	100,0
Femmes	6,3	23,3	70,4	100,0
Total	5,2	22,3	72,6	100,0
Personnes de 35 à 44 ans				
Hommes	5,0	25,4	69,6	100,0
Femmes	7,7	26,1	66,3	100,0
Total	6,3	25,7	68,0	100,0
Personnes de 45 à 54 ans				
Hommes	11,1	26,1	62,8	100,0
Femmes	12,8	28,5	58,6	100,0
Total	11,9	27,3	60,8	100,0
Personnes de 55 à 64 ans				
Hommes	17,2	32,8	50,0	100,0
Femmes	19,6	33,5	47,9	100,0
Total	18,0	33,2	48,9	100,0
Personnes de 65 à 74 ans				
Hommes	24,3	34,1	41,6	100,0
Femmes	23,3	35,1	41,6	100,0
Total	23,8	34,6	41,6	100,0
Personnes de 75 ans et plus				
Hommes	30,1	35,0	34,9	100,0
Femmes	32,6	30,1	37,3	100,0
Total	31,6	32,0	36,3	100,0

Nota : La somme des pourcentages peut ne pas correspondre à 100 en raison de l'arrondissement.

Tableau 1.4 État de santé, selon le mode d'occupation du logement et l'âge

Groupe d'âge et mode d'occupation du logement	État de santé			Total	Nombre total
	De mauvais à moyen	Bon	De très bon à excellent		
		%			
Personnes de 25 à 34 ans					
Propriétaires	4,6	21,1	74,3	100,0	2 800 900
Non propriétaires	6,0	23,9	70,1	100,0	1 953 700
Total	5,2	22,2	72,6	100,0	4 754 600
Personnes de 35 à 44 ans					
Propriétaires	5,0	24,4	70,6	100,0	3 667 300
Non propriétaires	10,4	29,8	59,8	100,0	1 197 100
Total	6,3	25,7	68,0	100,0	4 864 300
Personnes de 45 à 54 ans					
Propriétaires	10,8	25,8	63,3	100,0	2 847 900
Non propriétaires	16,6	33,5	49,9	100,0	654 700
Total	11,9	27,3	60,8	100,0	3 502 600
Personnes de 55 à 64 ans					
Propriétaires	15,8	33,3	50,9	100,0	1 949 300
Non propriétaires	26,3	32,7	41,1	100,0	512 500
Total	18,0	33,2	48,9	100,0	2 461 800
Personnes de 65 à 74 ans					
Propriétaires	21,2	34,1	44,8	100,0	1 515 500
Non propriétaires	31,0	36,1	32,9	100,0	544 500
Total	23,8	34,6	41,6	100,0	2 059 900
Personnes de 75 ans et plus					
Propriétaires	31,0	32,8	36,3	100,0	776 200
Non propriétaires	32,9	30,6	36,4	100,0	414 900
Total	31,6	32,0	36,3	100,0	1 191 100

Nota : La somme des pourcentages peut ne pas correspondre à 100 en raison de l'arrondissement.

Tableau 1.5 État de santé, selon le plus haut niveau de scolarité atteint et l'âge

Groupe d'âge et plus haut niveau de scolarité atteint	État de santé			Total	Nombre total
	De mauvais à moyen	Bon	De très bon à excellent		
	%				
Personnes de 25 à 34 ans					
Études secondaires terminées	7,6	26,7	65,7	100,0	1 487 700
Études postsecondaires partielles	6,4	24,2	69,4	100,0	1 264 100
Études postsecondaires terminées	2,6*	17,6	79,8	100,0	2 002 200
Total	5,2	22,2	72,6	100,0	4 753 900
Personnes de 35 à 44 ans					
Études secondaires terminées	8,9	32,8	58,3	100,0	1 660 000
Études postsecondaires partielles	6,1*	24,7	69,2	100,0	1 260 200
Études postsecondaires terminées	4,2	20,3	75,4	100,0	1 939 300
Total	6,3	25,7	67,9	100,0	4 859 600
Personnes de 45 à 54 ans					
Études secondaires terminées	15,6	30,3	54,1	100,0	1 439 200
Études postsecondaires partielles	10,7	25,6	63,7	100,0	769 700
Études postsecondaires terminées	8,7	25,1	66,3	100,0	1 285 000
Total	12,0	27,3	60,7	100,0	3 494 000
Personnes de 55 à 64 ans					
Études secondaires terminées	24,0	33,6	42,4	100,0	1 278 800
Études postsecondaires partielles	13,4	36,4	50,2	100,0	500 500
Études postsecondaires terminées	9,5*	30,4	60,1	100,0	673 900
Total	17,8	33,3	48,9	100,0	2 453 100
Personnes de 65 à 74 ans					
Études secondaires terminées	26,9	36,9	36,2	100,0	1 337 600
Études postsecondaires partielles	20,7	28,9	50,4	100,0	339 400
Études postsecondaires terminées	13,5	32,4	54,1	100,0	371 100
Total	23,4	34,8	41,8	100,0	2 048 100
Personnes de 75 ans et plus					
Études secondaires terminées	35,9	33,2	30,9	100,0	807 000
Études postsecondaires partielles	17,4	35,4	47,2	100,0	197 400
Études postsecondaires terminées	27,4	24,1	48,5	100,0	183 400
Total	31,5	32,1	36,3	100,0	1 187 800

* Les chiffres sont conformes aux lignes directrices sur la diffusion de l'ENSP.

Nota : La somme des pourcentages peut ne pas correspondre à 100 en raison de l'arrondissement.

Tableau 1.6 État de santé, selon le plus haut niveau de scolarité atteint, le sexe et l'âge

Groupe d'âge, sexe et plus haut niveau de scolarité atteint	État de santé			Total
	De mauvais à moyen	Bon	De très bon à excellent	
		%		
Hommes de 25 à 44 ans				
Études secondaires terminées	6,0	28,8	65,2	100,0
Études postsecondaires partielles et terminées	3,9	20,7	75,4	100,0
Total	4,5	23,3	72,2	100,0
Femmes de 25 à 44 ans				
Études secondaires terminées	10,4	31,0	58,6	100,0
Études postsecondaires partielles et terminées	5,2	21,5	73,3	100,0
Total	7,0	24,7	68,3	100,0
Hommes de 45 à 64 ans				
Études secondaires terminées	19,4	31,1	49,5	100,0
Études postsecondaires partielles et terminées	8,9	27,0	64,1	100,0
Total	13,5	28,8	57,7	100,0
Femmes de 45 à 64 ans				
Études secondaires terminées	19,7	32,5	47,8	100,0
Études postsecondaires partielles et terminées	11,3	29,2	59,5	100,0
Total	15,3	30,8	54,0	100,0
Hommes de 65 ans et plus				
Études secondaires terminées	29,5	37,6	32,9	100,0
Études postsecondaires partielles et terminées	19,1	29,5	51,4	100,0
Total	25,7	34,6	39,7	100,0
Femmes de 65 ans et plus				
Études secondaires terminées	30,8	34,1	35,1	100,0
Études postsecondaires partielles et terminées	18,5	31,3	50,2	100,0
Total	26,9	33,2	39,9	100,0

Nota : La somme des pourcentages peut ne pas correspondre à 100 en raison de l'arrondissement.

Tableau 1.7 État de santé, selon le revenu du ménage et l'âge

Groupe d'âge et revenu du ménage	État de santé			Total	Nombre total
	De mauvais à moyen	Bon	De très bon à excellent		
	%				
Personnes de 25 à 34 ans					
Revenu faible à moyen inférieur	9,6	33,8	56,6	100,0	790 700
Revenu moyen	6,1*	24,2	69,7	100,0	1 257 900
Revenu moyen supérieur à élevé	3,5	18,0	78,5	100,0	2 528 400
Total	5,2	22,4	72,3	100,0	4 577 000
Personnes de 35 à 44 ans					
Revenu faible à moyen inférieur	12,2	32,7	55,1	100,0	676 900
Revenu moyen	7,2	34,0	58,8	100,0	1 340 000
Revenu moyen supérieur à élevé	4,4	19,9	75,7	100,0	2 639 000
Total	6,3	25,8	67,8	100,0	4 655 800
Personnes de 45 à 54 ans					
Revenu faible à moyen inférieur	28,7	32,6	38,7	100,0	399 500
Revenu moyen	14,8	27,8	57,3	100,0	718 300
Revenu moyen supérieur à élevé	8,0	26,0	66,0	100,0	2 213 700
Total	12,0	27,2	60,8	100,0	3 331 500
Personnes de 55 à 64 ans					
Revenu faible à moyen inférieur	33,8	31,2	35,0	100,0	432 600
Revenu moyen	20,7	35,2	44,1	100,0	679 200
Revenu moyen supérieur à élevé	11,1	32,6	56,3	100,0	1 199 200
Total	18,2	33,1	48,7	100,0	2 311 000
Personnes de 65 à 74 ans					
Revenu faible à moyen inférieur	35,2	29,8	35,0	100,0	431 600
Revenu moyen	23,7	39,2	37,1	100,0	833 300
Revenu moyen supérieur à élevé	15,1	33,1	51,9	100,0	673 800
Total	23,3	35,0	41,8	100,0	1 938 700
Personnes de 75 ans et plus					
Revenu faible à moyen inférieur	31,0	34,1	34,9	100,0	361 100
Revenu moyen	38,2	31,0	30,8	100,0	491 100
Revenu moyen supérieur à élevé	20,4	30,3	49,3	100,0	280 600
Total	31,5	31,8	36,7	100,0	1 132 800

* Les chiffres sont conformes aux lignes directrices sur la diffusion de l'ENSP.

Nota : La somme des pourcentages peut ne pas correspondre à 100 en raison de l'arrondissement.

Tableau 1.8 État de santé, selon le revenu du ménage, le sexe et l'âge

Sexe, groupe d'âge et revenu du ménage	État de santé			Total	Nombre total
	De mauvais à moyen	Bon	De très bon à excellent		
	%				
Hommes de 25 à 44 ans					
Revenu faible à moyen inférieur	7,8*	34,1	58,1	100,0	646 700
Revenu moyen	4,7*	27,8	67,6	100,0	1 246 300
Revenu moyen supérieur à élevé	3,7	19,1	77,2	100,0	2 686 400
Total	4,6	23,6	71,9	100,0	4 579 400
Femmes de 25 à 44 ans					
Revenu faible à moyen inférieur	13,1	32,7	54,2	100,0	820 800
Revenu moyen	8,5	30,7	60,8	100,0	1 351 500
Revenu moyen supérieur à élevé	4,1	18,9	77,0	100,0	2 481 000
Total	7,0	24,7	68,3	100,0	4 653 300
Hommes de 45 à 64 ans					
Revenu faible à moyen inférieur	32,4	34,3	33,3	100,0	350 700
Revenu moyen	18,7	30,4	50,9	100,0	650 300
Revenu moyen supérieur à élevé	8,3	27,0	64,7	100,0	1 819 700
Total	13,7	28,7	57,6	100,0	2 820 700
Femmes de 45 à 64 ans					
Revenu faible à moyen inférieur	30,6	30,1	39,3	100,0	481 400
Revenu moyen	16,8	32,3	50,9	100,0	747 200
Revenu moyen supérieur à élevé	10,1	29,8	60,1	100,0	1 593 200
Total	15,4	30,5	54,1	100,0	2 821 800
Hommes de 65 ans et plus					
Revenu faible à moyen inférieur	29,2	38,2	32,6	100,0	249 100
Revenu moyen	31,3	34,9	33,8	100,0	599 500
Revenu moyen supérieur à élevé	17,3	32,3	50,4	100,0	477 300
Total	25,8	34,6	39,5	100,0	1 325 900
Femmes de 65 ans et plus					
Revenu faible à moyen inférieur	35,2	28,8	36,0	100,0	543 600
Revenu moyen	27,2	37,2	35,6	100,0	724 900
Revenu moyen supérieur à élevé	16,0	32,2	51,8	100,0	477 000
Total	26,6	33,2	40,1	100,0	1 745 600

* Les chiffres sont conformes aux lignes directrices sur la diffusion de l'ENSP.

Nota : La somme des pourcentages peut ne pas correspondre à 100 en raison de l'arrondissement.

Tableau 2.1 Capacités de lecture, selon l'âge et la catégorie de capacités de lecture

Catégorie de capacités de lecture et groupe d'âge	Niveau de capacités de lecture à l'égard			Nombre total
	Niveaux 1 et 2 (les plus faibles)	Niveaux 3 et 4/5 (les plus élevés)	Total	
	%			
Textes suivis				
16 à 24 ans	35,3	64,7	100,0	3 369 900
25 à 34 ans	44,8	55,2	100,0	4 554 000
35 à 44 ans	29,9	70,1	100,0	4 526 600
45 à 54 ans	45,8	54,2	100,0	3 565 800
55 à 64 ans	64,2	35,8*	100,0	2 184 100
65 ans et plus	79,1	20,9*	100,0	3 107 500
Textes schématiques				
16 à 24 ans	32,7	67,3	100,0	3 369 900
25 à 34 ans	38,4	61,6	100,0	4 554 000
35 à 44 ans	36,6	63,4	100,0	4 526 600
45 à 54 ans	49,2	50,8	100,0	3 565 800
55 à 64 ans	67,2	32,8*	100,0	2 184 100
65 ans et plus	79,3	20,7*	100,0	3 107 500
Textes au contenu quantitatif				
16 à 24 ans	39,5	60,5	100,0	3 369 900
25 à 34 ans	39,0	61,0	100,0	4 554 000
35 à 44 ans	32,7	67,3	100,0	4 526 600
45 à 54 ans	51,6	48,4	100,0	3 565 800
55 à 64 ans	61,0	39,0*	100,0	2 184 100
65 ans et plus	79,1	20,9*	100,0	3 107 500

* Les chiffres sont « marginaux » conformément aux lignes directrices sur la diffusion de l'EIAA.

Nota : La somme des pourcentages peut ne pas correspondre à 100 en raison de l'arrondissement.

Tableau 2.2 Répartition des revenus des ménages pour l'Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes (EIAA) de 1994 et l'Enquête sur les finances des consommateurs (EFC) de 1994

Revenu du ménage	EIAA de 1994	EFC de 1994
	%	
Moins de 20 000 \$	20,8	14,1
20 000 \$ à 29 999 \$	13,3	10,9
30 000 \$ à 39 999 \$	11,6	13,2
40 000 \$ à 49 999 \$	11,6	14,2
50 000 \$ à 59 999 \$	11,4	13,3
60 000 \$ à 69 999 \$	9,0	10,5
70 000 \$ à 79 999 \$	8,5	7,7
80 000 \$ et plus	13,8	16,2

Nota : La somme des pourcentages peut ne pas correspondre à 100 en raison de l'arrondissement.

Tableau 2.3 Niveau de capacités de lecture des Canadiens plus âgés à l'égard de textes suivis, selon le plus haut niveau de scolarité atteint et l'âge

Groupe d'âge et plus haut niveau de scolarité atteint	Niveau de capacités de lecture à l'égard de textes suivis			Nombre total
	Niveaux 1 et 2 (les plus faibles)	Niveaux 3 et 4/5 (les plus élevés)	Total	
	%			
Personnes de 45 à 54 ans				
Études secondaires partielles ou moins	57,8	—	32,7	1 152 000
Études secondaires terminées ou plus	42,2*	88,6	67,3	2 373 900
Total	100,0	100,0	100,0	3 525 900
Personnes de 55 à 64 ans				
Études secondaires partielles ou moins	73,8	38,9*	61,2	1 329 600
Études secondaires terminées ou plus	26,2*	61,1	38,8*	841 400
Total	100,0	100,0	100,0	2 171 000
Personnes de 65 ans et plus				
Études secondaires partielles ou moins	71,0	—	61,2	1 874 500
Études secondaires terminées ou plus	29,0*	75,9	38,8	1 189 600
Total	100,0	100,0	100,0	3 064 100

* Les chiffres sont « marginaux » conformément aux lignes directrices sur la diffusion de l'EIAA.

— Les chiffres calculés sont « inacceptables » conformément aux lignes directrices sur la diffusion de l'EIAA.

Nota : La somme des pourcentages peut ne pas correspondre à 100 en raison de l'arrondissement.

Tableau 2.4 Niveau de capacités de lecture des Canadiens plus âgés à l'égard de textes schématiques, selon le plus haut niveau de scolarité atteint et l'âge

Groupe d'âge et plus haut niveau de scolarité atteint	Niveau de capacités de lecture à l'égard de textes schématiques			Nombre total
	Niveaux 1 et 2 (les plus faibles)	Niveaux 3 et 4/5 (les plus élevés)	Total	
	%			
Personnes de 45 à 54 ans				
Études secondaires partielles ou moins	56,7	—	32,7	1 152 000
Études secondaires terminées ou plus	43,3	90,2	67,3	2 373 900
Total	100,0	100,0	100,0	3 525 900
Personnes de 55 à 64 ans				
Études secondaires partielles ou moins	69,4	44,7*	61,2	1 329 600
Études secondaires terminées ou plus	30,6*	55,3*	38,8*	841 400
Total	100,0	100,0	100,0	2 171 000
Personnes de 65 ans et plus				
Études secondaires partielles ou moins	70,9	—	61,2	1 874 500
Études secondaires terminées ou plus	29,1*	76,1*	38,8	1 189 600
Total	100,0	100,0	100,0	3 064 100

* Les chiffres sont « marginaux » conformément aux lignes directrices sur la diffusion de l'EIAA.

— Les chiffres calculés sont « inacceptables » conformément aux lignes directrices sur la diffusion de l'EIAA.

Nota : La somme des pourcentages peut ne pas correspondre à 100 en raison de l'arrondissement.

Tableau 2.5 Niveau de capacités de lecture des Canadiens plus âgés à l'égard de textes au contenu quantitatif, selon le plus haut niveau de scolarité atteint et l'âge

Groupe d'âge et plus haut niveau de scolarité atteint	Niveau de capacités de lecture à l'égard de textes au contenu quantitatif			Nombre total
	Niveaux 1 et 2 (les plus faibles)	Niveaux 3 et 4/5 (les plus élevés)	Total	
	%			
Personnes de 45 à 54 ans				
Études secondaires partielles ou moins	55,0	—	32,7	1 152 000
Études secondaires terminées ou plus	45,0	91,2	67,3	2 373 900
Total	100,0	100,0	100,0	3 525 900
Personnes de 55 à 64 ans				
Études secondaires partielles ou moins	72,6	43,6*	61,2	1 329 600
Études secondaires terminées ou plus	27,4*	56,4*	38,8*	841 400
Total	100,0	100,0	100,0	2 171 000
Personnes de 65 ans et plus				
Études secondaires partielles ou moins	72,8	—	61,2	1 874 500
Études secondaires terminées ou plus	27,2*	82,6	38,8	1 189 600
Total	100,0	100,0	100,0	3 064 100

* Les chiffres sont « marginaux » conformément aux lignes directrices sur la diffusion de l'EIAA.

— Les chiffres calculés sont « inacceptables » conformément aux lignes directrices sur la diffusion de l'EIAA.

Nota : La somme des pourcentages peut ne pas correspondre à 100 en raison de l'arrondissement.

Tableau 2.6 Niveau de capacités de lecture à l'égard de textes suivis, selon le plus haut niveau de scolarité atteint, le sexe et l'âge

Sexe, groupe d'âge et plus haut niveau de scolarité atteint	Niveau de capacités de lecture à l'égard de textes suivis			Nombre total
	Niveaux 1 et 2 (les plus faibles)	Niveaux 3 et 4/5 (les plus élevés)	Total	
	%			
Hommes de 25 à 44 ans				
Études secondaires partielles ou moins	37,1*	13,7*	23,3	1 032 600
Études secondaires terminées ou plus	62,9	86,3	76,7	3 399 600
Total	100,0	100,0	100,0	4 432 200
Femmes de 25 à 44 ans				
Études secondaires partielles ou moins	47,6	11,7*	24,0	1 079 400
Études secondaires terminées ou plus	52,4	88,3	76,0	3 410 000
Total	100,0	100,0	100,0	4 489 400
Hommes de 45 à 64 ans				
Études secondaires partielles ou moins	63,1	20,1*	45,0	1 270 400
Études secondaires terminées ou plus	36,9*	79,9	55,0	1 555 500
Total	100,0	100,0	100,0	2 825 800
Femmes de 45 à 64 ans				
Études secondaires partielles ou moins	67,7	18,8*	42,2	1 211 300
Études secondaires terminées ou plus	32,3*	81,2	57,8	1 659 800
Total	100,0	100,0	100,0	2 871 100
Hommes de 65 ans et plus				
Études secondaires partielles ou moins	71,8	—	60,3	799 400
Études secondaires terminées ou plus	28,2*	78,7*	39,7	526 100
Total	100,0	100,0	100,0	1 325 500
Femmes de 65 ans et plus				
Études secondaires partielles ou moins	70,5	—	61,8	1 075 200
Études secondaires terminées ou plus	29,5*	73,5*	38,2	663 400
Total	100,0	100,0	100,0	1 738 600

* Les chiffres sont « marginaux » conformément aux lignes directrices sur la diffusion de l'EIAA.

— Les chiffres calculés sont « inacceptables » conformément aux lignes directrices sur la diffusion de l'EIAA.

Nota : La somme des pourcentages peut ne pas correspondre à 100 en raison de l'arrondissement.

Tableau 2.7 Niveau de capacités de lecture à l'égard de textes schématiques, selon le plus haut niveau de scolarité atteint, le sexe et l'âge

Sexe, groupe d'âge et plus haut niveau de scolarité atteint	Niveau de capacités de lecture à l'égard de textes schématiques		Total	Nombre total
	Niveaux 1 et 2 (les plus faibles)	Niveaux 3 et 4/5 (les plus élevés)		
	%			
Hommes de 25 à 44 ans				
Études secondaires partielles ou moins	71,5	—	60,3	1 032 600
Études secondaires terminées ou plus	28,5*	75,5	39,7	3 399 600
Total	100,0	100,0	100,0	4 432 200
Femmes de 25 à 44 ans				
Études secondaires partielles ou moins	42,9*	11,1*	24,0	1 079 400
Études secondaires terminées ou plus	57,1	88,9	76,0	3 410 000
Total	100,0	100,0	100,0	4 489 400
Hommes de 45 à 64 ans				
Études secondaires partielles ou moins	61,3	—	45,0	1 270 400
Études secondaires terminées ou plus	38,7*	81,1	55,0	1 555 500
Total	100,0	100,0	100,0	2 825 800
Femmes de 45 à 64 ans				
Études secondaires partielles ou moins	63,9	20,3*	42,2	1 211 300
Études secondaires terminées ou plus	36,1*	79,7	57,8	1 659 800
Total	100,0	100,0	100,0	2 871 100
Hommes de 65 ans et plus				
Études secondaires partielles ou moins	71,5	—	60,3	799 400
Études secondaires terminées ou plus	28,5*	75,5*	39,7	526 100
Total	100,0	100,0	100,0	1 325 500
Femmes de 65 ans et plus				
Études secondaires partielles ou moins	70,5	—	61,8	1 075 200
Études secondaires terminées ou plus	29,5*	76,6*	38,2	663 400
Total	100,0	100,0	100,0	1 738 600

* Les chiffres sont « marginaux » conformément aux lignes directrices sur la diffusion de l'EIAA.

— Les chiffres calculés sont « inacceptables » conformément aux lignes directrices sur la diffusion de l'EIAA.

Nota : La somme des pourcentages peut ne pas correspondre à 100 en raison de l'arrondissement.

Tableau 2.8 Niveau de capacités de lecture à l'égard de textes au contenu quantitatif, selon le plus haut niveau de scolarité atteint, le sexe et l'âge

Sexe, groupe d'âge et plus haut niveau de scolarité atteint	Niveau de capacités de lecture à l'égard de textes au contenu quantitatif			Nombre total
	Niveaux 1 et 2 (les plus faibles)	Niveaux 3 et 4/5 (les plus élevés)	Total	
	%			
Hommes de 25 à 44 ans				
Études secondaires partielles ou moins	45,6	11,1*	23,3	1 152 000
Études secondaires terminées ou plus	54,4	88,9	76,7	3 399 600
Total	100,0	100,0	100,0	4 432 200
Femmes de 25 à 44 ans				
Études secondaires partielles ou moins	49,2	9,8*	24,0	1 079 400
Études secondaires terminées ou plus	50,8	90,2	76,0	3 410 000
Total	100,0	100,0	100,0	4 489 400
Hommes de 45 à 64 ans				
Études secondaires partielles ou moins	64,2	19,4*	45,0	1 270 400
Études secondaires terminées ou plus	35,8*	80,6	55,0	1 555 500
Total	100,0	100,0	100,0	2 825 800
Femmes de 45 à 64 ans				
Études secondaires partielles ou moins	60,5	21,3*	42,2	1 211 300
Études secondaires terminées ou plus	39,5*	78,7	57,8	1 659 800
Total	100,0	100,0	100,0	2 871 100
Hommes de 65 ans et plus				
Études secondaires partielles ou moins	73,7	—	60,3	799 400
Études secondaires terminées ou plus	26,3*	76,7*	39,7	526 100
Total	100,0	100,0	100,0	1 325 500
Femmes de 65 ans et plus				
Études secondaires partielles ou moins	72,2	—	61,8	1 075 200
Études secondaires terminées ou plus	27,8*	89,6	38,2	663 400
Total	100,0	100,0	100,0	1 738 600

* Les chiffres sont « marginaux » conformément aux lignes directrices sur la diffusion de l'EIAA.

— Les chiffres calculés sont « inacceptables » conformément aux lignes directrices sur la diffusion de l'EIAA.

Nota : La somme des pourcentages peut ne pas correspondre à 100 en raison de l'arrondissement.

Tableau 2.9 Niveau de capacités de lecture à l'égard de textes suivis, selon l'âge et le fait de s'adonner à certaines activités quotidiennes

Activité et groupe d'âge	Niveau de capacités de lecture à l'égard de textes suivis		Nombre total
	Niveaux 1 et 2 (les plus faibles)	Niveaux 3 et 4 (les plus élevés)	
	%		
Lire des journaux et des revues			
16 à 24 ans	41,5*	47,2	1 519 500
25 à 34 ans	62,2	53,7	2 606 100
35 à 44 ans	50,5	63,7	2 685 000
45 à 54 ans	56,9	79,0	2 438 000
55 à 64 ans	48,8	92,6	1 374 700
65 ans et plus	62,0	80,1	2 021 100
Total	55,5	63,8	12 644 400
Lire des livres			
16 à 24 ans	27,6*	37,6	1 146 500
25 à 34 ans	21,5*	39,3	1 423 600
35 à 44 ans	20,6*	47,4	1 778 700
45 à 54 ans	17,4*	42,1	1 093 400
55 à 64 ans	18,0*	67,1*	770 600
65 ans et plus	30,4*	60,6*	1 138 100
Total	23,1	44,9	7 350 900
Écouter la radio, des disques compacts, des cassettes, des disques, etc.			
16 à 24 ans	87,1	93,9	3 079 900
25 à 34 ans	90,9	86,2	4 007 800
35 à 44 ans	84,4	88,0	3 909 500
45 à 54 ans	86,1	94,8	3 226 400
55 à 64 ans	82,1	89,6	1 819 100
65 ans et plus	76,4	79,8	2 387 900
Total	84,0	89,5	18 430 700
Regarder la télévision			
16 à 24 ans	94,8	86,9	3 020 000
25 à 34 ans	92,0	86,6	4 040 600
35 à 44 ans	89,3	86,1	3 906 000
45 à 54 ans	90,5	91,5	3 232 800
55 à 64 ans	94,1	89,3	1 975 700
65 ans et plus	92,9	90,3	2 860 900
Total	92,2	87,7	19 036 100

* Les chiffres sont « marginaux » conformément aux lignes directrices sur la diffusion de l'EIAA.

Tableau 2.10 Niveau de capacités de lecture à l'égard de textes suivis, selon l'âge et le nombre d'heures par jour passées à regarder la télévision ou à visionner des vidéocassettes

Groupe d'âge et nombre d'heures	Niveau de capacités de lecture à l'égard de textes suivis			Nombre total
	Niveaux 1 et 2 (les plus faibles)	Niveaux 3 et 4/5 (les plus élevés)	Total	
	%			
Personnes de 45 à 54 ans				
Moins de deux heures	52,6	82,4	68,8	2 444 500
Deux heures ou plus	47,4	17,6*	31,2	1 107 700
Total	100,0	100,0	100,0	3 552 200
Personnes de 55 à 64 ans				
Moins de deux heures	38,6*	57,6*	45,5	974 900
Deux heures ou plus	61,4	42,4*	54,5	1 165 600
Total	100,0	100,0	100,0	2 140 500
Personnes de 65 ans et plus				
Moins de deux heures	36,1	50,0*	39,0	1 209 200
Deux heures ou plus	63,9	50,0*	61,0	1 887 500
Total	100,0	100,0	100,0	3 096 800

* Les chiffres sont « marginaux » conformément aux lignes directrices sur la diffusion de l'EIAA.

Nota : La somme des pourcentages peut ne pas correspondre à 100 en raison de l'arrondissement.

Tableau 2.11 Niveau de capacités de lecture à l'égard de textes suivis, selon le sexe, l'âge et le nombre d'heures par jour passées à regarder la télévision ou à visionner des vidéocassettes

Sexe, groupe d'âge et nombre d'heures	Niveau de capacités de lecture à l'égard de textes suivis			Nombre total
	Niveaux 1 et 2 (les plus faibles)	Niveaux 3 et 4/5 (les plus élevés)	Total	
	%			
Hommes de 25 à 44 ans				
Moins de deux heures	51,8	75,2	65,7	2 946 800
Deux heures ou plus	48,2	24,8*	34,3	1 539 700
Total	100,0	100,0	100,0	4 486 500
Femmes de 25 à 44 ans				
Moins de deux heures	54,7	64,3	61,1	2 776 300
Deux heures ou plus	45,3	35,7	38,9	1 766 100
Total	100,0	100,0	100,0	4 542 400
Hommes de 45 à 64 ans				
Moins de deux heures	57,2	77,1	65,7	1 828 000
Deux heures ou plus	42,8*	22,9*	34,3	953 100
Total	100,0	100,0	100,0	2 781 100
Femmes de 45 à 64 ans				
Moins de deux heures	33,7*	73,8	54,7	1 591 400
Deux heures ou plus	66,3	26,2*	45,3	1 320 200
Total	100,0	100,0	100,0	2 911 600
Hommes de 65 ans et plus				
Moins de deux heures	33,8*	—	34,1*	452 700
Deux heures ou plus	66,2	65,1*	65,9	876 200
Total	100,0	100,0	100,0	1 329 000
Femmes de 65 ans et plus				
Moins de deux heures	37,8*	63,0*	42,8*	756 500
Deux heures ou plus	62,2	—	57,2	1 011 300
Total	100,0	100,0	100,0	1 767 800

* Les chiffres sont « marginaux » conformément aux lignes directrices sur la diffusion de l'EIAA.

— Indique que les chiffres calculés sont « inacceptables » conformément aux lignes directrices sur la diffusion de l'EIAA.

Nota : La somme des pourcentages peut ne pas correspondre à 100 en raison de l'arrondissement.

Tableau 2.12 Niveau de capacités de lecture des Canadiens de 25 à 44 ans à l'égard de textes suivis, selon leur degré de connaissance des événements d'actualité tirés de certaines sources d'information

Source d'information et degré de connaissance des événements d'actualité	Niveau de capacités de lecture à l'égard de textes suivis		Nombre total
	Niveaux 1 et 2 (les plus faibles)	Niveaux 3 et 4/5 (les plus élevés)	
	%		
Journaux			
Beaucoup ou assez	72,4	84,2	7 204 100
Très peu ou pas du tout	27,6	15,8*	1 814 500
Total	100,0	100,0	9 018 600
Revues			
Beaucoup ou assez	41,8	53,0	7 672 100
Très peu ou pas du tout	58,2	47,0	1 197 300
Total	100,0	100,0	8 869 300
Radio			
Beaucoup ou assez	84,2	87,3	7 768 300
Très peu ou pas du tout	15,8*	12,7*	1 247 100
Total	100,0	100,0	9 015 400
Télévision			
Beaucoup ou assez	83,5	88,4	7 806 600
Très peu ou pas du tout	16,5*	11,6*	1 213 000
Total	100,0	100,0	9 019 600
Famille, amis et collègues			
Beaucoup ou assez	73,0	73,1	6 583 800
Très peu ou pas du tout	27,0	26,9	2 427 800
Total	100,0	100,0	9 011 600

* Les chiffres sont « marginaux » conformément aux lignes directrices sur la diffusion de l'EIAA.

Nota : La somme des pourcentages peut ne pas correspondre à 100 en raison de l'arrondissement.

Tableau 2.13 Niveau de capacités de lecture des Canadiens de 45 à 64 ans à l'égard de textes suivis, selon leur degré de connaissance des événements d'actualité tirés de certaines sources d'information

Source d'information et degré de connaissance des événements d'actualité	Niveau de capacités de lecture à l'égard de textes suivis		Nombre total
	Niveaux 1 et 2 (les plus faibles)	Niveaux 3 et 4/5 (les plus élevés)	
	%		
Journaux			
Beaucoup ou assez	65,4	96,1	4 563 500
Très peu ou pas du tout	34,6	—	1 139 600
Total	100,0	100,0	5 703 100
Revues			
Beaucoup ou assez	37,4	67,9	2 959 600
Très peu ou pas du tout	62,6	32,1*	2 742 700
Total	100,0	100,0	5 702 300
Radio			
Beaucoup ou assez	82,2	90,7	4 918 000
Très peu ou pas du tout	17,8*	—	785 100
Total	100,0	100,0	5 703 100
Télévision			
Beaucoup ou assez	94,7	94,4	5 392 500
Très peu ou pas du tout	—	—	309 900
Total	100,0	100,0	5 702 500
Famille, amis et collègues			
Beaucoup ou assez	66,4	76,0	4 048 800
Très peu ou pas du tout	33,6	24,0*	1 654 300
Total	100,0	100,0	5 703 100

* Les chiffres sont « marginaux » conformément aux lignes directrices sur la diffusion de l'EIAA.

— Indique que les chiffres calculés sont « inacceptables » conformément aux lignes directrices sur la diffusion de l'EIAA.

Nota : La somme des pourcentages peut ne pas correspondre à 100 en raison de l'arrondissement.

Tableau 2.14 Niveau de capacités de lecture des Canadiens de 65 ans et plus à l'égard de textes suivis, selon leur degré de connaissance des événements d'actualité tirés de certaines sources d'information

Source d'information et degré de connaissance des événements d'actualité	Niveau de capacités de lecture à l'égard de textes suivis		Nombre total
	Niveaux 1 et 2 (les plus faibles)	Niveaux 3 et 4/5 (les plus élevés)	
	%		
Journaux			
Beaucoup ou assez	64,8	92,9	2 188 500
Très peu ou pas du tout	35,2*	—	906 400
Total	100,0	100,0	3 094 800
Revues			
Beaucoup ou assez	29,1*	74,6*	1 196 300
Très peu ou pas du tout	70,9	—	1 898 100
Total	100,0	100,0	3 094 400
Radio			
Beaucoup ou assez	74,2	84,4*	2 363 000
Très peu ou pas du tout	25,8*	—	732 100
Total	100,0	100,0	3 095 000
Télévision			
Beaucoup ou assez	91,4	96,5	2 862 400
Très peu ou pas du tout	—	—	232 600
Total	100,0	100,0	3 095 000
Famille, amis et collègues			
Beaucoup ou assez	62,7	63,1*	1 939 300
Très peu ou pas du tout	37,3	36,9*	1 149 200
Total	100,0	100,0	3 088 500

* Les chiffres sont « marginaux » conformément aux lignes directrices sur la diffusion de l'EIAA.

— Indique que les chiffres calculés sont « inacceptables » conformément aux lignes directrices sur la diffusion de l'EIAA.

Nota : La somme des pourcentages peut ne pas correspondre à 100 en raison de l'arrondissement.

Tableau 2.15 Catégorie et niveau de capacités de lecture pour les Canadiens plus âgés qui n'ont pas besoin d'aide pour faire certaines activités, selon l'âge

Activité et groupe d'âge	Niveau de capacités de lecture à l'égard			Total
	Niveau 1	Niveau 2	Niveaux 3 et 4/5	
	%			
	Niveau de capacités de lecture à l'égard de textes suivis			
Lire des articles de journaux				
45 à 54 ans	67,2	97,1	98,9	92,4
55 à 64 ans	56,8*	95,2	99,9	82,2
65 ans et plus	82,5	98,2	100,0	90,6
	Niveau de capacités de lecture à l'égard de textes suivis			
Lire des renseignements provenant d'organismes gouvernementaux, d'entreprises et d'autres institutions				
45 à 54 ans	47,6*	94,2	91,4	83,8
55 à 64 ans	38,9*	78,7	93,2	68,7
65 ans et plus	58,1	84,9	96,4	73,7
	Niveau de capacités de lecture à l'égard de textes schématiques			
Remplir des formulaires telles que des demandes, des bordereaux de dépôt bancaire, etc.				
45 à 54 ans	60,8	90,4	95,7	87,3
55 à 64 ans	50,6*	90,9	96,2	75,2
65 ans et plus	58,2	92,0	98,0	74,0
	Niveau de capacités de lecture à l'égard de textes suivis			
Lire les instructions sur un contenant de médicaments				
45 à 54 ans	65,3	99,7	96,9	91,7
55 à 64 ans	49,7*	83,6	98,2	76,0
65 ans et plus	72,0	97,0	98,6	84,6
	Niveau de capacités de lecture à l'égard de textes suivis			
Lire les instructions sur les produits emballés dans les magasins et les supermarchés				
45 à 54 ans	72,9	99,5	98,9	94,2
55 à 64 ans	54,5*	86,0	99,1	78,7
65 ans et plus	78,2	96,4	99,9	87,9
	Niveau de capacités de lecture à l'égard de textes au contenu quantitatif			
Effectuer des opérations arithmétiques simples (addition, soustraction, multiplication, division)				
45 à 54 ans	76,4	90,8	100,0	92,2
55 à 64 ans	59,6*	97,2	99,9	83,4
65 ans et plus	75,8	96,8	99,1	86,3
	Niveau de capacités de lecture à l'égard de textes suivis			
Écrire des notes et des lettres				
45 à 54 ans	63,9	96,9	97,3	90,9
55 à 64 ans	47,9*	89,7	99,6	77,3
65 ans et plus	71,6	95,7	99,8	84,2

* Les chiffres sont « marginaux » conformément aux lignes directrices sur la diffusion de l'EIAA.

Tableau 2.16 Catégorie et niveau de capacités de lecture pour les Canadiens plus âgés qui n'ont pas besoin d'aide pour faire certaines activités, selon le sexe et l'âge

Activité choisie, sexe et groupe d'âge	Niveau de capacités de lecture à l'égard		Total
	Niveaux 1 et 2 (les plus faibles)	Niveaux 3 et 4/5 (les plus élevés)	
%			
Niveau de capacités de lecture à l'égard de textes suivis			
Lire des articles de journaux			
Hommes			
45 à 54 ans	81,1	98,9	89,9
55 à 64 ans	61,2	99,9	74,1
65 ans et plus	88,5	100,0	91,1
Femmes			
45 à 54 ans	88,4	98,8	94,5
55 à 64 ans	86,2	100,0	91,8
65 ans et plus	87,7	100,0	90,1
Niveau de capacités de lecture à l'égard de textes suivis			
Lire des renseignements provenant d'organismes gouvernementaux, d'entreprises et d'autres institutions			
Hommes			
45 à 54 ans	67,9	97,4	82,5
55 à 64 ans	48,5*	97,6	64,8
65 ans et plus	72,7	97,4	78,3
Femmes			
45 à 54 ans	82,0	87,1	85,0
55 à 64 ans	62,8*	88,8	73,3
65 ans et plus	64,0	95,4	70,2
Niveau de capacités de lecture à l'égard de textes schématiques			
Remplir des formules telles que des demandes, des bordereaux de dépôt bancaire, etc.			
Hommes			
45 à 54 ans	74,6	99,1	85,4
55 à 64 ans	55,2*	95,3	68,2
65 ans et plus	68,1	98,2	75,3
Femmes			
45 à 54 ans	82,7	93,4	88,8
55 à 64 ans	76,3	97,2	83,6
65 ans et plus	67,4	97,9	73,1
Niveau de capacités de lecture à l'égard de textes suivis			
Lire les instructions sur un contenant de médicaments			
Hommes			
45 à 54 ans	78,7	96,2	87,4
55 à 64 ans	50,8*	98,8	66,8
65 ans et plus	82,4	97,4	85,8
Femmes			
45 à 54 ans	92,4	97,5	95,4
55 à 64 ans	79,6	97,5	86,9
65 ans et plus	79,7	99,8	83,7
Niveau de capacités de lecture à l'égard de textes suivis			
Lire les instructions sur les produits emballés dans les magasins et les supermarchés			
Hommes			
45 à 54 ans	84,6	98,9	91,7
55 à 64 ans	51,3*	98,3	67,0
65 ans et plus	82,4	100,0	86,4
Femmes			
45 à 54 ans	92,6	98,9	96,3
55 à 64 ans	87,5	100,0	92,5
65 ans et plus	86,4	99,8	89,0

Tableau 2.16 Catégorie et niveau de capacités de lecture pour les Canadiens plus âgés qui n'ont pas besoin d'aide pour faire certaines activités, selon le sexe et l'âge (fin)

Activité choisie, sexe et groupe d'âge	Niveau de capacités de lecture à l'égard		Total
	Niveaux 1 et 2 (les plus faibles)	Niveaux 3 et 4/5 (les plus élevés)	
%			
Niveau de capacités de lecture à l'égard de textes au contenu quantitatif			
Effectuer des opérations arithmétiques simples (addition, soustraction, multiplication, division)			
Hommes			
45 à 54 ans	88,0	100,0	93,4
55 à 64 ans	65,9	99,8	80,0
65 ans et plus	82,6	98,4	86,8
Femmes			
45 à 54 ans	81,7	100,0	91,2
55 à 64 ans	79,8	100,0	87,4
65 ans et plus	83,1	100,0	85,9
Niveau de capacités de lecture à l'égard de textes suivis			
Écrire des notes et des lettres			
Hommes			
45 à 54 ans	73,2	95,2	84,1
55 à 64 ans	48,5*	99,4	65,4
65 ans et plus	76,8	100,0	82,1
Femmes			
45 à 54 ans	93,6	98,9	96,7
55 à 64 ans	85,4	99,9	91,3
65 ans et plus	82,5	99,6	85,9

* Les chiffres sont « marginaux » conformément aux lignes directrices sur la diffusion de l'EIAA.

Tableau 2.17 Autoévaluation des capacités de lecture, d'écriture et de calcul des personnes de 65 ans et plus, selon la catégorie et le niveau de capacités de lecture

Catégorie et niveau de capacités de lecture	Autoévaluation des capacités de :			Nombre total
	De faibles à moyennes	De bonnes à élevées	Total	
%				
Lecture				
Capacités de lecture à l'égard de textes schématiques				
Niveau 1	32,9*	67,1	100,0	1 662 700
Niveau 2	—	90,3	100,0	682 500
Niveau 3 et 4/5	—	98,7	100,0	644 700
Lecture				
Capacités de lecture à l'égard de textes suivis				
Niveau 1	36,2*	63,8	100,0	1 477 300
Niveau 2	—	90,5	100,0	863 100
Niveau 3 et 4/5	—	99,4	100,0	649 500
Calcul				
Capacités de lecture à l'égard de textes au contenu quantitatif				
Niveau 1	46,6	53,4	100,0	1 545 800
Niveau 2	—	85,7	100,0	818 300
Niveau 3 et 4/5	—	91,4	100,0	649 800
Écriture				
Capacités de lecture à l'égard de textes suivis				
Niveau 1	48,1	51,9	100,0	1 462 900
Niveau 2	—	84,3	100,0	863 100
Niveau 3 et 4/5	—	94,3	100,0	649 500

* Les chiffres sont « marginaux » conformément aux lignes directrices sur la diffusion de l'EIAA.

— Indique que les chiffres calculés sont « inacceptables » conformément aux lignes directrices sur la diffusion de l'EIAA.

Nota : La somme des pourcentages peut ne pas correspondre à 100 en raison de l'arrondissement.

Tableau 2.18 Fréquence de la lecture des instructions sur les contenants de médicaments et dans les recettes, selon le niveau de capacités de lecture à l'égard de textes suivis et l'âge

Groupe d'âge et niveau de capacités de lecture à l'égard de textes suivis		Fréquence			Total
		Quotidien- nement	Quelques fois par semaine ou une fois par semaine	Moins d'une fois par semaine, rarement ou jamais	
Personnes de 35 à 44 ans					
Niveaux 1 et 2 (les plus faibles)	%	—	26,9*	34,5*	29,5
Niveaux 3 et 4/5 (les plus élevés)	%	78,2	73,1	65,5	70,5
Total	%	100,0	100,0	100,0	100,0
Nombre total		835 000	1 591 600	2 069 800	4 496 400
Personnes de 45 à 54 ans					
Niveaux 1 et 2 (les plus faibles)	%	38,3*	42,4*	51,8	45,6
Niveaux 3 et 4/5 (les plus élevés)	%	61,7*	57,6	48,2	54,4
Total	%	100,0	100,0	100,0	100,0
Nombre total		832 600	1 130 600	1 589 300	3 552 500
Personnes de 55 à 64 ans					
Niveaux 1 et 2 (les plus faibles)	%	66,8*	56,2*	68,0	63,5
Niveaux 3 et 4/5 (les plus élevés)	%	—	43,8*	32,0*	36,5
Total	%	100,0	100,0	100,0	100,0
Nombre total		207 300	797 700	1 138 400	2 143 400
Personnes de 65 ans et plus					
Niveaux 1 et 2 (les plus faibles)	%	74,3	70,9	86,2	78,9
Niveaux 3 et 4/5 (les plus élevés)	%	—	29,1*	—	21,1
Total	%	100,0	100,0	100,0	100,0
Nombre total		713 600	911 100	1 449 200	3 074 000

* Les chiffres sont « marginaux » conformément aux lignes directrices sur la diffusion de l'EIAA.

— Indique que les chiffres calculés sont « inacceptables » conformément aux lignes directrices sur la diffusion de l'EIAA.

Nota : La somme des pourcentages peut ne pas correspondre à 100 en raison de l'arrondissement.

Tableau 2.19 Proportion de personnes qui lisent habituellement les sections du journal qui portent sur l'habitation, la mode et la santé, selon le niveau de capacités de lecture à l'égard de textes suivis et l'âge

Groupe d'âge et niveau de capacités de lecture à l'égard de textes suivis	Lecture des sections habitation, mode et santé			Nombre total
	Oui	Non	Total	
%				
Personnes de 35 à 44 ans				
Niveaux 1 et 2 (les plus faibles)	64,5	35,5*	100,0	1 265 900
Niveaux 3 et 4/5 (les plus élevés)	67,5	32,5	100,0	3 097 600
Total	66,6	33,4	100,0	4 363 600
Personnes de 45 à 54 ans				
Niveaux 1 et 2 (les plus faibles)	63,2	36,8*	100,0	1 557 400
Niveaux 3 et 4/5 (les plus élevés)	77,9	22,1*	100,0	1 922 600
Total	71,3	28,7	100,0	3 480 000
Personnes de 55 à 64 ans				
Niveaux 1 et 2 (les plus faibles)	51,6	48,4*	100,0	1 204 900
Niveaux 3 et 4/5 (les plus élevés)	84,6	—	100,0	782 200
Total	64,6	35,4*	100,0	1 987 100
Personnes de 65 ans et plus				
Niveaux 1 et 2 (les plus faibles)	59,6	40,4*	100,0	2 056 700
Niveaux 3 et 4/5 (les plus élevés)	70,4	—	100,0	645 100
Total	62,2	37,8	100,0	2 701 800

* Les chiffres sont « marginaux » conformément aux lignes directrices sur la diffusion de l'EIAA.

— Indique que les chiffres calculés sont « inacceptables » conformément aux lignes directrices sur la diffusion de l'EIAA.

Nota : La somme des pourcentages peut ne pas correspondre à 100 en raison de l'arrondissement.

Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes

Série de monographies

L'Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes (EIAA) est une initiative de sept pays qui s'est tenue à l'automne 1994. Son objectif visait à établir des profils d'alphabétisme comparables sans égard aux frontières nationales, linguistiques et culturelles. Les vagues successives de l'enquête incluent maintenant près de 30 pays partout dans le monde.

La série de monographies comprend des études détaillées découlant de la base de données de l'EIAA, qui ont été effectuées par des spécialistes de l'alphabétisme au Canada et aux États-Unis. Les recherches sont principalement financées par Développement des ressources humaines Canada. Les monographies mettent l'accent sur les questions actuelles en matière de politiques et portent sur des sujets comme la formation continue, la correspondance et la non-correspondance entre les capacités de lecture et le milieu de travail, les capacités de lecture et l'état de santé des personnes âgées, l'alphabétisme et la sécurité économique, pour ne nommer que ceux-là.