

LITTÉRATIE EN MATIÈRE DE SANTÉ ET POPULATION IMMIGRANTES

Laura Simich

**Scientist, Social Equity and Health Research
Centre de toxicomanie et de santé mentale
Toronto, Ontario, Canada**

**Professeure adjointe, Département de psychiatrie et Département d'anthropologie,
Université de Toronto**

**Health and Wellbeing Domain Leader
Centre Metropolis de l'Ontario (CERIS), Toronto**

Le présent document d'orientation a été commandé et financé par la Direction des initiatives stratégiques et des innovations (DISI) de l'Agence de la santé publique du Canada.

La DISI et le Projet Metropolis ont appuyé son élaboration. Les opinions exprimées dans la présente publication sont celles des auteurs et ne reflètent pas le point de vue de l'Agence de la santé publique du Canada ni de Metropolis.

Présenté le 30 mars 2009

TABLE DES MATIÈRES

1.0	INTRODUCTION	3
2.0	QUE SAVONS-NOUS EN CE QUI CONCERNE LA LITTÉRATIE EN MATIÈRE DE SANTÉ ET LES IMMIGRANTS?	4
2.1	LITTÉRATIE EN MATIÈRE DE SANTÉ, MAÎTRISE DE LA LANGUE ET GENRE	6
2.2	LITTÉRATIE EN MATIÈRE DE SANTÉ ET MALADIES CHRONIQUES	7
2.3	LITTÉRATIE EN MATIÈRE DE SANTÉ, PAUVRETÉ ET EMPLOI.....	8
2.4	OBSTACLES CULTURELS À LA LITTÉRATIE EN MATIÈRE DE SANTÉ.....	9
2.5	LITTÉRATIE EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE CHEZ LES IMMIGRANTS .	10
2.6	RÔLE POUR LA LITTÉRATIE EN MATIÈRE DE SANTÉ DANS L'ÉTABLISSEMENT ET L'INTÉGRATION	11
2.7	BONNES PRATIQUES.....	12
2.8	ÉVALUATION DE LA LITTÉRATIE EN MATIÈRE DE SANTÉ.....	13
3.0	INCIDENCE DES POLITIQUES ET DES PROGRAMMES.....	14
3.1	EXEMPLES D'APPROCHES PRATIQUES QUANT À LA LITTÉRATIE EN MATIÈRE DE SANTÉ POUR LES IMMIGRANTS	15
3.1.1	S'exprimer dans un langage clair.....	15
3.1.2	Utiliser de bonnes pratiques en matière de traduction.....	15
3.1.3	Utiliser des images, des présentations et des vidéos	15
	RÉFÉRENCES	17

DOCUMENT D'ORIENTATION SUR LA LITTÉRATIE EN MATIÈRE DE SANTÉ ET LES POPULATIONS IMMIGRANTES

1.0 INTRODUCTION

Se tenir au courant des dernières questions relatives à la santé et de leur incidence sur notre vie quotidienne est un défi pour tous, à plus forte raison pour les nouveaux arrivants qui ont une maîtrise imparfaite de l'anglais et une expérience limitée du système de santé canadien. Le présent document d'orientation offre un aperçu des incidences récentes pour la recherche et les politiques de la *littératie en matière de santé* chez les populations immigrantes du Canada¹.

Une bonne santé, qui se traduit par le bien-être dans la vie quotidienne et la capacité de s'accomplir, est un élément essentiel de la réussite de l'établissement et de l'intégration d'un immigrant. Il importe, pour les immigrants et l'ensemble de la population canadienne, que les nouveaux arrivants soient en mesure de maintenir une bonne santé physique et mentale.

La littératie en matière de santé, en plus d'être une variable explicative clé de l'état de santé, constitue un outil important de promotion et de maintien de la santé pour toutes les populations. Le terme littératie en matière de santé, un concept relativement nouveau, réfère à la capacité d'une personne d'obtenir des renseignements sur la santé, de les comprendre et de les utiliser (Rootman et coll., 2007). La littératie en matière de santé, même si elle est une fonction de l'alphabétisation de base et de l'éducation, s'avère un concept encore plus large. De nos jours, les définitions relatives à la littératie en matière de santé ont une vaste portée, ce qui offre un grand potentiel d'innovation et de mise en œuvre pour les politiques.

Le principe fondamental qui sous-tend la littératie en matière de santé est fort simple : plus la capacité d'une personne de se renseigner sur la santé est élevée, meilleure est la santé de cette personne. La littératie en matière de santé, toutefois, ne réfère pas qu'à une qualité personnelle ou à un procédé à sens unique qui dépend de l'aptitude d'une personne à comprendre de l'information écrite, mais aussi, et surtout, à un procédé de communication multidimensionnelle qui comprend notamment les compétences des fournisseurs de soins de santé, la « lisibilité » du système de santé pour les divers groupes, de même que les politiques et les programmes appropriés qui favorisent une communication efficace.

Les résultats de l'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes (EIIA), menée auprès de 23 000 Canadiens, ont montré que 60 % des adultes canadiens sont incapables d'obtenir des renseignements et des services de santé, de les comprendre et d'agir en conséquence, et de prendre eux-mêmes les décisions appropriées au sujet de leur santé (Conseil canadien sur l'apprentissage, 2007). L'enquête évaluait les compétences relatives à la littératie en matière de santé dans les domaines de la promotion de la santé, de

¹ Remerciements : Farah Mawani, Ph. D. (C), de l'Université de Toronto, et Alessandra Miklavcic, Ph. D., de l'Université McGill, ont mené l'examen de la documentation qui constitue en grande partie le fondement du présent document d'orientation.

la protection de la santé, de la prévention des maladies, de l'auto-gestion de l'état de santé et de l'orientation dans le système de santé.

L'alphabétisation et la littératie en matière de santé sont directement et indirectement liées aux résultats pour la santé. Les personnes démontrant des compétences plus faibles en littératie ont de 1,5 à 3 fois plus de risques d'avoir une mauvaise santé. Il est toutefois difficile de séparer les effets entraînés par un faible niveau de littératie de ceux causés par un accès limité à des services de santé (DeWalt et coll., 2004). D'autres situations souvent liées à un faible niveau d'alphabétisation et de littératie en matière de santé sont un revenu faible et un engagement limité dans la communauté (situations aussi liées à une mauvaise santé et à une piètre qualité de vie).

Qu'est-ce qui distingue alors la littératie en matière de santé de l'alphabétisation en général ou de la promotion de la santé? Le fait de posséder de bonnes compétences en littératie en matière de santé se traduit par la compréhension des questions relatives à la santé, l'habileté à utiliser le système de santé, l'aptitude à plaider en faveur de soins de santé et la possibilité d'avoir accès à de l'information et à des ressources qui favorisent la promotion d'une bonne santé physique et mentale dans la vie quotidienne. La littératie en matière de santé est une « interaction complexe qui va au-delà de la lecture; elle passe par l'éducation, la culture et la langue » (Institute of Medicine, 2004).

La *littératie en matière de santé critique* décrit l'habileté à utiliser l'information sur la santé en vue d'exercer une plus grande maîtrise sur des situations de la vie. Selon la définition de ce concept, la littératie en matière de santé est un droit et une question d'équité et de citoyenneté, et fournit aux personnes les moyens nécessaires pour renforcer et maintenir leur bien-être (Nutbeam, 2000, et Kickbusch et coll., 2005). Une attention spéciale devrait être portée à la littératie en matière de santé chez les immigrants, parce qu'en ce qui a trait à ces questions, ils sont particulièrement désavantagés (Rootman et Gordon-El-Bihbety, 2008).

Les immigrants arrivent au Canada avec des connaissances variées sur les questions relatives à la santé. En outre, ils possèdent diverses expériences à l'égard des soins. L'expérience liée à leur établissement crée de nouveaux défis pour la santé et de nouvelles occasions de mise en commun des connaissances dans les familles, les écoles, le voisinage et les milieux de travail. Le renforcement de la littératie en matière de santé ne s'applique pas seulement aux milieux médicaux, mais à diverses situations du quotidien tout au long de la vie, ce qui explique sa pertinence quant à l'établissement et à l'intégration des immigrants.

2.0 QUE SAVONS-NOUS EN CE QUI CONCERNE LA LITTÉRATIE EN MATIÈRE DE SANTÉ ET LES IMMIGRANTS?

Selon de récents sondages sur la littératie en matière de santé, les Canadiens ayant les niveaux les plus faibles de littératie en matière de santé sont 2,5 fois plus susceptibles d'avoir un état de santé moyen ou mauvais que ceux qui atteignent les niveaux les plus élevés. Cette relation existe sans l'incidence de l'âge, du genre, de l'éducation, de la langue maternelle, de l'immigration ou de l'appartenance à la population autochtone (Conseil canadien sur l'apprentissage, 2008).

L'incidence de la littératie en matière de santé est encore plus importante pour les immigrants que pour d'autres sous-groupes. Les niveaux de littératie en matière de santé ont tendance à être plus faibles chez les aînés, les nouveaux arrivants, les personnes peu scolarisées, celles qui ne maîtrisent pas parfaitement le français ou l'anglais et les bénéficiaires de l'aide sociale (Rootman et Gordon-El-Bihbety, 2008, p. 24). Près de 60 % des immigrants ont un niveau de lecture courante inférieur à 3 (qui est le minimum convenable pour composer avec les exigences de la vie quotidienne et du travail dans une économie fondée sur la connaissance) comparativement à 37 % des personnes nées au Canada (Association canadienne de santé publique, 2006, p. 27). Cette proportion ne varie pas en fonction de la durée de résidence au Canada.

Les obstacles à la littératie en matière de santé, notamment les lacunes à l'égard de l'information sur la santé ou les façons d'accéder à des services de prévention, peuvent contribuer à la détérioration de l'état de santé des immigrants au fil du temps (Zanchetta et Poureslami, 2006). Toutefois, le renforcement des compétences relatives à la littératie en matière de santé des immigrants au Canada peut améliorer leur santé et leur adaptation ainsi que le bien-être de l'ensemble de la population.

Peu de recherches ont été menées sur la littératie en matière de santé et les immigrants au Canada. Toutefois, il devient manifeste qu'il s'agit d'un problème sous-estimé. Les immigrants rencontrent divers obstacles linguistiques et culturels lorsqu'ils doivent utiliser les soins de santé au Canada. Nous ne connaissons pas suffisamment l'incidence de ces obstacles sur l'état de santé et le rôle que peut jouer la littératie en matière de santé. La compréhension de la littératie en matière de santé chez les immigrants constitue un défi parce qu'elle englobe le besoin de s'adapter à différentes perspectives culturelles quant à la vision du monde, à la science et à la santé (par exemple, les diverses interprétations à l'égard des risques). En bref, les fournisseurs de services et les immigrants doivent comprendre « différentes réalités » (Zanchetta et Poureslami, 2006, S26).

De nombreux fournisseurs de soins de santé ont une connaissance très limitée des besoins en santé des immigrants. En plus de la transmission de renseignements sur la santé, ces besoins comprennent notamment le renforcement de la confiance et de la communication, ce qui met en évidence la nature bidirectionnelle du procédé de la littératie en matière de santé (Anderson et coll., 2003; Bowen, 2001; Vissandjee et Dupere, 2000). Il serait utile d'établir des politiques pour encourager la formation culturelle auprès des fournisseurs de services sociaux, et ainsi assurer des services plus efficaces.

Certaines données semblent indiquer des méthodes pratiques pour renforcer les compétences en littératie en matière de santé des immigrants. Il y a notamment le recours à de multiples formes de communication, le recours à des modes de prestation et de renforcement communautaires et le renforcement des compétences culturelles au sein des services sociaux et des services de santé. En outre, certains éléments d'information soutiennent que l'élaboration de politiques pour traiter les problèmes de littératie en matière de santé chez les immigrants pourrait avoir une incidence favorable sur la santé des personnes, des communautés et de la population au Canada. Dans le but de fournir une vue d'ensemble sur le sujet pour les discussions futures, les sections qui suivent présentent les

relations connues entre la littératie en matière de santé et les caractéristiques de la population, les maladies chroniques et les déterminants sociaux et culturels de la santé.

2.1 LITTÉRATIE EN MATIÈRE DE SANTÉ, MAÎTRISE DE LA LANGUE ET GENRE

Les divers niveaux de compétence en littératie mènent à une vaste gamme de différences en ce qui a trait aux questions sociales et économiques. Des études à l'échelle internationale montrent de façon constante que les adultes qui n'ont pas terminé leurs études secondaires s'accomplissent à un degré moindre dans divers domaines de la vie que ceux qui ont un niveau d'instruction plus élevé. Les immigrants ont un niveau de littératie plus faible que les personnes nées au Canada, avec une grande différence entre les genres, même si les immigrants récents ont tendance à avoir une meilleure instruction.

Il est présumé que les immigrantes ont un degré de littératie en matière de santé inférieur à celui des immigrants en raison de leurs faibles résultats quant à l'alphabétisation. Selon les estimations de l'EIACA de 2003, 32 % des femmes nées à l'étranger ont énormément de difficulté à comprendre les documents imprimés et n'en font qu'un usage limité, contre 24 % des hommes nés à l'étranger et environ 10 % des femmes et des hommes nés au Canada (Rootman et Gordon-El-Bihbety, 2008, p. 21). Il est important de traiter la question relative au faible niveau de littératie en matière de santé chez les femmes : elles assument fréquemment un rôle central dans la prestation de soins au sein des familles et d'autres réseaux sociaux.

En fait, les résultats d'analyse de l'Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada (ELIC) montrent qu'une maîtrise imparfaite de la langue est liée à un état de santé médiocre six mois et deux ans après l'arrivée au pays, et que cette situation touche particulièrement les femmes et les réfugiés (Pottie et coll., 2008). Au moyen des données de l'ELIC, les chercheurs ont aussi constaté qu'un état de santé médiocre est lié de façon significative à l'absence d'amélioration quant à la maîtrise de la langue au fil du temps pour les immigrants et les immigrantes (Ng et coll., 2008b).

Une analyse de régression des données de l'ELIC a aussi montré que les immigrants européens ont un niveau de littératie en matière de santé plus élevé que celui des immigrants non européens au Canada après l'exclusion des indicateurs relatifs à l'âge, au sexe, au revenu, à la région et à la période de l'immigration (Ng et Omariba, 2008). Le niveau de scolarité de la mère, le niveau de scolarité de la personne, l'exercice quotidien de la lecture et la participation à une formation favorisent le renforcement de la littératie en matière de santé. Ces résultats révèlent les besoins en recherche sur les facteurs qui contribuent à la littératie en matière de santé, notamment sur les modes d'accès à de l'information sur la santé et sur le genre.

Ces relations ont des conséquences évidentes sur la formation linguistique et sur les soins de santé. Le manque de disponibilité et d'accessibilité des programmes de français ou d'anglais, langue seconde, à prix abordable pour les adultes est un obstacle pour les nouveaux arrivants au Canada, qui veulent améliorer leur niveau d'alphabétisation et de littératie en matière de santé qui, en fin de compte, favorisent l'intégration dans la société

ainsi que le bien-être. Les nouveaux immigrants qui ne possèdent pas les capacités de lecture et d'écriture de base ont du mal à acquérir un niveau de littératie en matière de santé suffisant pour comprendre l'information nécessaire à la santé et pour se débrouiller dans le système de santé canadien (Rootman et Gordon-El-Bihbety, 2008, p. 28).

La pénurie des programmes de formation linguistique présente aussi un problème quant au renforcement de la littératie en matière de santé chez les enfants immigrants. Par exemple, en Ontario, entre 2000 et 2007, il y a eu une augmentation de 29 % dans le pourcentage d'écoles élémentaires où des élèves ont l'anglais comme langue seconde (ALS). Toutefois, le pourcentage d'écoles qui ont des professeurs d'ALS a baissé de 23 % (People for Education, 2007).

Le recensement et la correction de ce genre d'écart sociaux et structurels peuvent avoir une incidence directe sur la santé et l'établissement des immigrants. Par exemple, l'effet de la scolarité sur la santé est plus important chez les immigrants que chez les non-immigrants (Macdonald et Kennedy, 2004). En fait, une recherche longitudinale a montré que la maîtrise de l'anglais chez les Asiatiques du Sud-Est est un déterminant significatif de dépression et d'emploi, particulièrement chez les femmes. L'étude a ensuite établi que les femmes qui ont participé à une formation linguistique en retirent davantage de bénéfices que les hommes. (Beiser et Hou, 2001).

2.2 LITTÉRATIE EN MATIÈRE DE SANTÉ ET MALADIES CHRONIQUES

Il est important pour la gestion des maladies chroniques d'être en mesure de comprendre l'information médicale écrite, de suivre des instructions, de poser des questions sur des traitements et de communiquer les inquiétudes persistantes en matière de santé. L'auto-prise en charge et la participation à la prise de décisions exigent que les patients comprennent parfaitement leurs problèmes de santé, la notion du risque, les options de traitement et les façons d'accéder aux soins. La tendance qui favorise l'auto-prise en charge et les soins axés sur les patients exige que ces derniers et leur famille soient en mesure de comprendre de l'information plus complexe, ce qui peut présenter une difficulté additionnelle pour certains immigrants qui ont une maîtrise imparfaite de l'anglais ou du français et une connaissance limitée des questions de santé et du système de santé canadien.

Un faible niveau de littératie en matière de santé a de sérieuses conséquences sur les coûts relatifs à la prévention des maladies chroniques au Canada (Association canadienne de santé publique, 2006). De nombreuses études menées en Amérique du Nord ont montré qu'un faible niveau de littératie est lié à des taux plus élevés de maladies chroniques. En outre, il a été démontré que les minorités et les groupes ethnoculturels ont moins de connaissances sur les comportements qui favorisent une bonne santé, font face à davantage de barrières quant à l'accès à des soins préventifs et rencontrent des obstacles linguistiques et culturels dans le cadre de l'utilisation des services existants (Ahmad et coll., 2005).

Certaines maladies chroniques touchent les sous-groupes d'immigrants de façon disproportionnée. Par exemple, le diabète est fortement lié à la littératie en matière de santé et au statut d'immigrant au Canada (Glazier et Booth, 2007). Cette maladie atteint plus particulièrement les Asiatiques du Sud qui présentent des taux plus élevés de diabète que

les personnes nées au Canada. Lorsqu'une maladie chronique comme l'asthme nécessite davantage d'interventions intensives, les immigrants peuvent aussi courir plus de risques de recevoir des soins inadéquats et inappropriés (Poureslami et coll., 2007b). Des études menées aux États-Unis ont indiqué qu'un faible niveau de littératie en matière de santé aggrave l'asthme des patients qui se présentent dans les services d'urgences.

2.3 LITTÉRATIE EN MATIÈRE DE SANTÉ, PAUVRETÉ ET EMPLOI

La littératie en matière de santé est un déterminant social important de la santé des personnes et de la population. À ce titre, elle interagit avec beaucoup d'autres facteurs qui contribuent à l'écart dans les situations économiques et aux disparités en matière de santé. Les déterminants sociaux de la santé comme la scolarité, la pauvreté et les réseaux sociaux sont encore plus cruciaux pour les minorités, les immigrants et les réfugiés que pour la population en général (Dunn et Dyck, 2000).

Il est difficile de distinguer les effets de l'immigration, de l'ethnicité et de la pauvreté puisque de nombreuses zones urbaines qui accueillent des immigrants récents sont aussi caractérisées par un revenu faible. Une étude relative aux hospitalisations d'immigrants récents à Toronto a révélé que les taux d'admission sont plus élevés dans certaines zones de la ville où il y a une plus grande proportion d'immigrants récents, et que le niveau de revenu est lié à l'hospitalisation (Glazier et coll., 2004). Une explication est que les immigrants récents possèdent moins de connaissances quant à l'information sur la santé et les services préventifs et primaires. De plus, l'accès à ces services leur est limité. En fait, cette explication indique un faible niveau de littératie en matière de santé. D'autres études ont montré que les minorités visibles au Canada visitent les médecins et accèdent à des services de dépistage du cancer moins fréquemment que les personnes « blanches » (Quan et coll., 2006), ce qui souligne également les écarts relatifs à la littératie en matière de santé et aux obstacles liés à l'orientation dans le système de santé. Ces études suggèrent qu'il est crucial d'établir des services d'information sur la santé et d'aiguillage dans les communautés d'immigrants.

Il y a peu d'information sur la relation entre l'emploi et l'alphabétisation chez les immigrants, même si nous savons que l'alphabétisation est une composante importante de leur intégration économique. Une analyse récente des données d'une enquête menée par Statistique Canada a montré qu'il existe des différences importantes entre le revenu des immigrants et des non-immigrants en raison de compétences mesurables en alphabétisation (Ferrer et coll., 2004). L'analyse ne présente pas de solutions pour remédier aux limites de l'alphabétisation. Toutefois, nous devons présumer que des initiatives relatives à l'alphabétisation axées sur l'emploi, notamment l'inclusion de la littératie en matière de santé dans les formations professionnelles et les formations en milieu de travail, pourraient apporter une contribution favorable.

Le chômage et les conditions de pauvreté dans l'emploi ont une incidence directe et indirecte sur la santé. Les difficultés économiques, les attentes non satisfaites et le sous-emploi chez les immigrants et les réfugiés sont liés de façon importante à la détresse psychologique (Simich et coll., 2006). Les situations d'emploi précaire ou temporaire ont

aussi un effet sur l'accès à de l'information et à des services de santé préventifs (Oxman-Martinez et coll., 2005).

2.4 OBSTACLES CULTURELS À LA LITTÉRATIE EN MATIÈRE DE SANTÉ

Le bon sens suggère que la diffusion d'information écrite ne suffit pas pour assurer une bonne santé. Le contexte social et culturel, les façons de communiquer l'information sur la santé et le moment choisi pour agir comptent également. La littératie en matière de santé intègre des approches participatives à la communication et traite les inégalités structurelles (contrairement à l'éducation en santé traditionnelle qui est souvent basée sur l'individu et la communication à sens unique).

Malheureusement, les fournisseurs de services ont toujours une compréhension limitée de la littératie en matière de santé, qu'ils décrivent fréquemment comme des compétences verbales fonctionnelles. Lorsque cette approche est mise en œuvre pour des immigrants au Canada qui ne maîtrisent pas les langues officielles, il y a perte du sens d'importants messages et oubli du contexte social et culturel des pratiques de communication. Les considérations à l'égard de la diversité culturelle doivent dépasser la langue et prendre en compte les valeurs culturelles, les croyances à l'égard de la demande d'aide et l'engagement dans la communauté.

Les immigrants signalent un plus grand nombre d'obstacles liés aux soins de santé – tout particulièrement des obstacles linguistiques (Bowen, 2001) – que les non-immigrants. Ils croient que l'information sur la santé et les services existants ne sont pas adaptés aux besoins liés à la culture, aux croyances et à la langue ou aux besoins relatifs à l'alphabétisation de diverses communautés. Des facteurs qualitatifs sont essentiels pour expliquer les problèmes relatifs à la littératie en matière de santé pour les populations immigrantes ainsi que pour concevoir des interventions efficaces qui élimineraient les obstacles linguistiques. Les facteurs qui ont une incidence sur la littératie en matière de santé des immigrants peuvent inclure la maîtrise de la langue, l'éducation préalable sur les questions de santé dans le pays d'origine, les croyances culturelles à l'égard des maladies, la familiarité avec le système de santé canadien et la sensibilisation à la culture des fournisseurs de services de santé et les institutions. Il est de plus en plus admis que des soins de santé sûrs et efficaces exigent des services d'interprètes formés concernant la culture et la communauté dans tous les établissements de soins de santé (Abraham et Rahman, 2008).

Les travailleurs de l'établissement ont besoin d'une formation accrue pour fournir de l'information sur la santé et des services d'aiguillage en vue de satisfaire aux besoins des nouveaux arrivants à court et à long terme. L'intégration de programmes de littératie en matière de santé dans les programmes d'établissement existants pourrait aider à relier les besoins des fournisseurs et des immigrants. Les services sociaux officiels, les organismes de santé et les réseaux communautaires non officiels peuvent diffuser de l'information et renforcer la littératie en matière de santé chez les immigrants.

Le renforcement de la littératie en matière de santé est un processus à long terme qui commence au moment de l'établissement et qui se poursuit tout au long de l'adaptation et

de l'intégration. Une étude pilote récente sur les besoins en information, les utilisations et les méthodes de recherche des immigrants a montré que l'information sur la santé constituait l'un des besoins prioritaires des immigrants établis depuis longtemps (Caidi, 2007). Les obstacles révélés par les immigrants comprennent la peur de parler l'anglais, la méfiance à l'égard de l'autorité, l'isolement et le sentiment d'être un étranger, la dépendance à l'égard des enfants (qui peuvent aussi avoir une expérience inappropriée et une maîtrise imparfaite de la langue) pour trouver l'information pertinente, le manque de familiarité avec les sources d'information canadiennes, les différences culturelles et l'ignorance de la façon de demander des services (Caidi, 2007).

2.5 LITTÉRATIE EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE CHEZ LES IMMIGRANTS

La promotion de la santé mentale est essentielle pour la santé de la population ainsi que l'établissement et l'intégration à long terme des immigrants. Le manque de sensibilisation de la population et la stigmatisation en ce qui a trait aux maladies mentales sont des problèmes largement répandus chez les citoyens canadiens; la promotion de la littératie en matière de santé mentale doit donc être étendue et inclusive (Bourget et Chenier, 2007; Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2006). L'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale (2008) désigne les nouveaux Canadiens comme un groupe prioritaire aux fins des interventions liées à la littératie en matière de santé mentale. Des groupes de discussion multiculturels ont constaté que les nouveaux Canadiens ont tendance à nommer les stress de la vie, comme les défis liés à l'adaptation culturelle, comme cause principale de problèmes de santé mentale (CAMIMH, 2008:21).

Il est possible de définir la littératie en matière de santé mentale comme les connaissances et les croyances au sujet des maladies mentales qui permettent de les reconnaître, de les gérer ou de les prévenir (Jorm, 2000). Cette forme de littératie englobe des connaissances et des croyances relatives aux maladies mentales découlant des systèmes de croyances généraux préexistants. Un manque de littératie en matière de santé mentale peut entraîner des retards dans l'obtention d'un traitement approprié et créer des difficultés à communiquer avec les professionnels de la santé.

Les documents de recherche laissent entendre que les profanes possèdent généralement peu de connaissances en ce qui a trait à la maladie mentale. Ils sont incapables d'identifier les maladies mentales, ne comprennent pas leurs causes, ont peur des personnes considérées comme souffrant d'un trouble mental, ont de fausses croyances concernant les traitements, hésitent souvent à demander de l'aide relativement à des maladies mentales et ne savent pas vraiment comment aider les autres. Dans certaines langues, il n'existe aucun équivalent précis pour le terme maladie mentale.

Bien que les nouveaux immigrants aient généralement tendance à souffrir de troubles mentaux dans une plus faible proportion que les personnes nées au Canada, les réfugiés peuvent avoir de grands besoins insatisfaits en matière de santé mentale en raison d'expériences traumatisantes précédant leur migration. Les facteurs de stress liés à l'établissement, comme la séparation de la famille et la discrimination qui surviennent après

l'arrivée au Canada, ont aussi tendance à accroître les risques de développer un trouble mental (Beiser, 2005). Toutefois, les immigrants et les réfugiés ont plus difficilement accès à de l'information sur la santé mentale ainsi qu'à des services lorsqu'ils en ont besoin.

Ces inégalités quant aux services de santé mentale sont partiellement dues à une moins bonne connaissance des praticiens en santé mentale du Canada et à un manque de confiance en ceux-ci. Elles découlent également des obstacles linguistiques et de l'absence de services de santé mentale culturellement compétents au sein du système de santé mentale canadien. La littératie en matière de santé mentale peut jouer un rôle crucial afin de régler ces inégalités. La promotion de la santé mentale et les campagnes de sensibilisation du public doivent donc permettre aux immigrants et aux communautés ethnolinguistiques établies de participer plus activement.

La culture revêt un intérêt particulier dans le domaine de la littératie en matière de santé mentale puisqu'il existe d'importantes différences culturelles quant à la façon dont les gens reconnaissent, expliquent et vivent les troubles mentaux et y répondent. Ces différences dépendent souvent des conditions sociales, comme le stress lié à l'établissement, les réseaux de soutien social et les différentes perceptions de ce que sont des soins de santé officiels ou informels appropriés. Les personnes souffrant de maladies mentales considèrent fréquemment la santé mentale comme une affaire privée, parce qu'elles ont peur des conséquences déléteres de la honte, ce qui peut retarder la recherche d'aide ou empêcher de suivre un traitement.

Les recherches actuelles relatives aux antécédents en matière de santé mentale au sein des communautés ethnoculturelles et des immigrants du Canada donnent fortement à penser que les communautés de nouveaux arrivants aimeraient avoir un meilleur accès à des renseignements et à des services de santé mentale culturellement pertinents. Il n'existe pas d'initiatives de promotion de la santé mentale communautaires et de collaboration (organismes communautaires et établissements de soins de santé) même si elles sont souhaitées (Simich et coll., 2009). Les organismes gouvernementaux pourraient jouer un plus grand rôle dans l'intégration des initiatives de littératie en matière de santé mentale dans les politiques et les programmes existants liés à la santé et à l'établissement destinés aux immigrants ainsi que dans l'examen de méthodes favorisant la collaboration dans les secteurs de la santé mentale et de l'établissement.

La Commission de la santé mentale du Canada, qui a le mandat d'exprimer clairement une stratégie nationale en matière de santé mentale, ouvre la porte à une importante collaboration et à une grande innovation politique ciblant les immigrants et les groupes ethnoculturels mal desservis. Les groupes d'immigrants deviennent également des groupes prioritaires dans la planification provinciale en santé mentale ayant pour but de régler les problèmes d'équité et de diversité culturelle.

2.6 RÔLE POUR LA LITTÉRATIE EN MATIÈRE DE SANTÉ DANS L'ÉTABLISSEMENT ET L'INTÉGRATION

L'amélioration de la littératie en matière de santé mentale et physique chez les immigrants fait partie de l'établissement et de l'intégration bien planifiés des immigrants et peut

permettre de réduire les inégalités en matière de santé. L'analyse des déterminants de la littératie en matière de santé (notamment le niveau de scolarité, la langue maternelle, le statut d'immigrant et l'intensité des compétences utilisées) explique environ 60 % des écarts observés quant aux compétences relatives à la littératie en matière de santé au Canada. Cela signifie que ces différences sont généralement prévisibles et qu'elles se prêtent à une intervention.

Ce simple fait donne le goût d'innover (Rootman et Gordon-El-Bihbety, 2008), mais les innovations dans le domaine de la littératie en matière de santé doivent être axées sur la politique et la communauté. Une importante optique à ce sujet met l'accent sur le rôle actif que les immigrants et les fournisseurs de services peuvent jouer. En tant que forme d'autonomisation, la littératie en matière de santé favorise la poursuite de la sensibilisation de la population à la santé et la participation civique pouvant être profitable pour les familles et les communautés d'immigrants ainsi que pour l'ensemble de la population.

2.7 BONNES PRATIQUES

D'après les données limitées disponibles, il est possible de suggérer certains exemples de bonnes pratiques, de conséquences politiques et d'orientations stratégiques. Shohet et Renaud (2006) discernent trois domaines auxquels peuvent appartenir les bonnes pratiques rattachées à la littératie en matière de santé : les écrits clairs, les communications orales (entre les patients et les professionnels de la santé), la formation pour les professionnels de la santé axée sur les groupes peu scolarisés, et les outils visuels (comme les vidéos et d'autres moyens de communication non écrits).

Certains nouveaux documents décrivent des mesures communautaires prometteuses afin de promouvoir la santé auprès des communautés d'immigrants établies. Les approches les plus intéressantes réunissent des méthodes multitâches et des communications interpersonnelles directes, habituellement par le biais d'un éducateur dans le domaine de la santé compétent du point de vue linguistique et culturellement acceptable pour la communauté concernée. Par exemple, il est efficace de combiner des documents écrits faciles visant à sensibiliser les patients et des directives orales, des réseaux sociaux existants, des interprètes culturels et des facilitateurs communautaires (Elder et coll., 2005). De plus, le fait de pouvoir compter sur de nombreux points de service est important pour les communautés d'immigrants pour qui les centres de santé, les écoles, les associations ethniques, les lieux de cultes et les centres d'achats sont souvent des points de contact.

Des éléments probants du Canada et des États-Unis montrent que l'utilisation de méthodes éducatives participatives permettant aux participants de cerner et de chercher de l'information ainsi que d'acquérir des connaissances en ce qui a trait aux questions de santé entraîne une amélioration de la plupart des aspects de la littératie en matière de santé (Centre national de collaboration sur les déterminants de la santé, 2007). Les projets faisant appel à des méthodes qualitatives ainsi qu'à des pratiques participatives et collectives se sont avérés être les plus fructueux. Un exemple de programme de promotion de la santé interactif impliquant directement les immigrants est un cours de six semaines en gestion des maladies chroniques appelé *Journey to Wellbeing*, qui offre aux différentes communautés ethnolinguistiques une formation en leadership chez les pairs concernant la promotion de la

santé. Ce programme est offert dans certains hôpitaux d'Angleterre, des États-Unis, de Colombie-Britannique et de l'Ontario en tamil, en chinois et en farsi.

Plusieurs initiatives liées à la littératie en matière de santé au Canada utilisent un large éventail de méthodes, y compris la communication, l'éducation, le développement communautaire, le développement organisationnel et l'établissement de réseaux de même que la conception et la mise en application de politiques. Elles visent de multiples groupes, notamment les personnes âgées, les handicapés, les populations autochtones, les apprenants et les personnes souffrant de maladies mentales. Un projet canadien en particulier a utilisé avec créativité un roman-photo au sujet de la nutrition comme outil d'information sur la santé s'adressant aux immigrantes allophones (Nimmon, 2007).

La Health Literacy Research Team de la Colombie-Britannique a mené à bien des projets destinés aux personnes parlant le farsi (Poureslami et coll., 2007a) et elle a commencé à étudier des façons d'aider les immigrants hispanophones à acquérir des compétences en littératie en matière de santé. Ces travaux ont prouvé que l'utilisation de vidéos culturellement pertinentes est un moyen efficace d'améliorer la sensibilisation et l'utilisation des services de santé. La plupart des exemples de pratiques existantes liées à la littératie en matière de santé ne sont pas précisément axés sur les immigrants récents, ce qui indique qu'il est possible d'aider davantage les immigrants dans les premières années de leur établissement.

Une ressource efficace relativement à la littératie en matière de santé mentale est la brochure *Seul-e au Canada, ou vingt et une façons d'améliorer son sort*, rédigée par le Centre de toxicomanie et de santé mentale dans 18 langues et qu'il est possible de se procurer en format papier ou électronique. Cette brochure est un guide individuel axé sur les méthodes permettant de réduire la détresse mentale pendant l'établissement qui a été élaboré en collaboration avec des immigrants et des réfugiés qui ont partagé leurs expériences personnelles et leurs stratégies d'adaptation en groupes de consultation pendant les travaux de recherche nécessaires à la création de la brochure (Simich et coll., 2005). C'est Citoyenneté et Immigration Canada, Ontario, qui a financé le travail de recherche et de conception pour cette convaincante brochure, qui est souvent utilisée dans les cours de langue des nouveaux arrivants allophones. *Seul-e au Canada* et d'autres ressources plurilingues peuvent être consultées en ligne à l'adresse suivante :

http://www.camh.net/fr/About_Addiction_Mental_Health/Multilingual_Resources/index.html.

2.8 ÉVALUATION DE LA LITTÉRATIE EN MATIÈRE DE SANTÉ

Les interventions concernant la littératie en matière de santé aident à lutter contre des facteurs comme le manque de services de santé adaptés sur le plan culturel et linguistique, l'inégalité de l'accès à des services de santé de qualité et le manque de soins de santé préventifs. La plupart des interventions concernant la littératie en matière de santé recensées ont trait à la compréhension de documents informatifs écrits ainsi qu'à l'accès à ceux-ci, et rares sont les interventions axées sur la compréhension de communications orales et non écrites. Néanmoins, une approche éducative participative semble efficace (CCNSP, 2007).

La plupart des évaluations des interventions concernant littératie en matière de santé mesurent la préférence ou la satisfaction plutôt que la convivialité. Les études d'évaluation excluent aussi les personnes ayant un niveau de scolarité inférieur à la 9e année et dont la langue anglaise n'est pas la langue maternelle (Shohet et Renaud, 2006); par conséquent, les généralisations concernant les gens ayant une capacité de lire limitée ne sont pas fiables.

Certains outils permettant d'évaluer les formes d'éducation en santé culturellement appropriées ont été conçus. Un outil, appelé indice SAM (Suitability Assessment of Materials) attribue un pointage aux documents éducatifs pour les patients en fonction de leur lisibilité, de leur pertinence culturelle et de la façon dont ils améliorent l'auto-efficacité du lecteur (Weintraub et coll., 2004). Dans le cadre d'une étude évaluant les documents éducatifs sur le cancer de la prostate, les chercheurs ont conclu que la plupart des documents obtenaient un faible pointage.

Un outil semblable d'évaluation de la sensibilisation aux réalités culturelles était utilisé pour évaluer les articles sur le cancer paraissant dans des journaux ethniques anglophones au sein de communautés juives, noires ou antillaises, indiennes d'Asie ainsi que de Premières nations, ce qui a permis de conclure que les articles ne faisaient pas référence à tous les groupes ethniques et que la majorité des articles traitant de groupes indiens d'Asie n'étaient pas adaptés à leurs réalités culturelles (Friedman et Hoffman-Goetz, 2006). Les auteurs ont jugé que cet outil fournissait des évaluations rapides et utiles, mais superficielles.

Pendant l'évaluation d'initiatives relatives à la littératie en matière de santé, les décideurs devraient examiner si les groupes visés sont représentés dans le matériel éducatif, s'ils sont considérés à haut risque, si les sources d'information sont crédibles et si les possibilités de prévention et de traitement sont intelligibles et appropriées. Comme l'indique aussi Weintraub (2004), il est très important que les documents encouragent l'auto-efficacité en incluant des modèles appartenant au même groupe ethnique.

3.0 INCIDENCE DES POLITIQUES ET DES PROGRAMMES

L'amélioration de la littératie en matière de santé physique et mentale pour les immigrants du Canada dans un futur rapproché obligera les efforts de promotion de la santé et de promotion de la santé publique à tenir compte du niveau actuel de littératie en matière de santé des immigrants et à cibler les lacunes existantes. De la même façon, le secteur de l'immigration sera en mesure de favoriser la santé et l'adaptation des immigrants et, par conséquent, la santé de la population canadienne, en intégrant les initiatives relatives à la littératie en matière de santé aux programmes d'établissement. La création de nouveaux liens intersectoriels reflète le fait qu'une amélioration de la santé des immigrants de même qu'un établissement et une intégration plus faciles sont, en réalité, des objectifs inséparables. Idéalement, les administrations nationales, provinciales et locales devraient participer afin que les différents ordres de gouvernement prennent les mesures requises.

En commençant par les éléments examinés dans le présent exposé stratégique, les domaines précis nécessitant une attention immédiate sont les suivants :

- se concentrer sur les besoins relatifs à la littératie en matière de santé des immigrantes et des réfugiés;
- combler les besoins en information des immigrants relativement à la santé au début et au milieu du processus d'établissement;
- s'assurer que les initiatives de promotion de la santé mentale et de prévention des maladies chroniques ciblent les groupes d'immigrants et font appel à des stratégies participatives communautaires interactives;
- collaborer avec les employeurs et les établissements d'enseignement pour augmenter la littératie en matière de santé des immigrants en ce qui a trait à la promotion de la santé et à l'hygiène préventive;
- encourager les efforts permettant d'accroître les compétences culturelles des fournisseurs de services sociaux et de soins de santé afin de renforcer les compétences liées à la littératie en matière de santé et d'offrir efficacement des programmes aux immigrants, y compris fournir des services d'interprétation culturelle obligatoires);
- financer la recherche fondamentale et appliquée sur la littératie en matière de santé et les groupes d'immigrants.

3.1 EXEMPLES D'APPROCHES PRATIQUES QUANT À LA LITTÉRATIE EN MATIÈRE DE SANTÉ POUR LES IMMIGRANTS

3.1.1 S'exprimer dans un langage clair

L'utilisation d'un langage clair ne signifie pas uniquement d'utiliser des mots simples, mais plutôt de communiquer d'une façon intéressante et accessible pour le public cible (Stableford et Mettger, 2007). L'utilisation d'un langage clair n'est qu'une des nombreuses solutions permettant de régler le problème de la faible littératie en matière de santé de manière à ce que tous puissent en profiter.

3.1.2 Utiliser de bonnes pratiques en matière de traduction

La traduction médicale est un processus complexe qui nécessite beaucoup plus qu'une simple conversion mécanique d'une langue à une autre (Elhadad, 2006). Le fait de porter une attention particulière aux méthodes de traduction peut améliorer la qualité des soins pour les patients ayant une connaissance limitée de l'anglais (Garcia-Castillo, D. et Fetters, M. D., 2007). Des études ont montré que les documents éducatifs imprimés sont souvent mal adaptés sur le plan culturel et qu'ils ne tiennent pas compte du faible niveau de littératie des gens ou de la population allophone (Guidry et Walker, 1999; Mohrmann et coll., 2000). Les meilleures pratiques de traduction font appel à des experts culturels dans le cadre du processus d'établissement de liens et de conception de ressources éducatives.

3.1.3 Utiliser des images, des présentations et des vidéos

Des images étroitement liées à des communications écrites ou orales peuvent, comparativement à un texte seul, augmenter de façon considérable l'attention accordée à l'information éducative concernant la santé et en favoriser la mémorisation (Austin et coll., 1995; Dowse, 2004; Dowse et Ehlers, 2005; Houts et coll., 2006; Osborne, 2006). Par

exemple, certains documents éducatifs imprimés ont démontré que les images visuelles représentent mal le multiculturalisme croissant de nos sociétés.

Les spectacles et d'autres présentations dramatiques peuvent être efficaces (Hovey et coll., 2007) s'ils sont associés à d'autres approches liées à la littératie en matière de santé. Par exemple, une vidéo sur le dépistage du cancer du col de l'utérus, *The Preservation of Traditions*, a été produite en khmer afin de cibler les Américaines d'origine cambodgienne (Mahloch et coll., 1999). Le contexte culturel était présenté, l'utilisation d'une terminologie biomédicale était minimisée et l'accent était mis sur l'imitation de comportements. Une autre vidéo a aussi été tournée relativement aux mesures de contrôle de l'hépatite B pour les immigrants vietnamiens (Burke et coll., 2004).

Le centre médical de l'université du Nebraska a conçu une vidéo ciblant particulièrement les nouveaux venus, *Navigating the US health care system*, qui raconte l'histoire d'un jeune garçon qui se rend chez le médecin pour un examen physique aux fins de l'école (Bobal et coll., 2007). Sachant que les besoins d'information en santé des étudiants allophones peuvent être nombreux, Kate Singleton, travailleuse sociale en santé et professeure d'anglais langue seconde, a conçu des outils éducatifs utilisant des histoires illustrées pour les adultes, ayant des titres comme « urgence », « rendez-vous avec un médecin » et « à bout de nerfs », qui élargissent le vocabulaire ainsi que la pensée critique et les connaissances élémentaires (Centre for Adult English Language Acquisition, 2008).

Au Canada, des vidéoclips tenant compte des différences culturelles résultant d'une étude auprès de la communauté iranienne ont été diffusés sur des chaînes de télévision locales dans la grande région de Vancouver. L'étude montrait que la communauté iranienne, comme beaucoup de communautés d'immigrants, a tendance à échanger des renseignements en matière de santé au moyen du bouche-à-oreille et à accorder beaucoup d'importance à la confiance. Une vidéo montrait de courtes dramatiques au cours desquelles des acteurs appartenant à la communauté visée tentaient de résoudre des problèmes de santé grâce aux services du *BC Health Guide*.

RÉFÉRENCES

- Abraham, A. et S. Rahman. « The Community Interpreter: A Critical Link between Clients and Service Providers », *Working with Immigrant Women: Issues and Strategies for Mental Health Professionals*. S. Gurgue et E. Collins (Eds.). Toronto : Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2008.
- Ahmad, F., J. I. Cameron et D. E. Stewart. « A tailored intervention to promote breast cancer screening among South Asian immigrant women », *Social Science and Medicine*, 60(3), 2005, 575-86.
- Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale. *National Integrated Framework for Enhancing Mental Health Literacy in Canada: Final Report*. Ottawa, Ontario : Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale, 2008.
- Anderson, L., S. Scrimshaw, M. Fullilove, J. Fielding, J. Normand et le Task Force on Community Preventive Services. « Culturally Competent Health care Systems: A Systematic Review », *American Journal of Preventive Medicine*, 24(3S), 2003, 68-79.
- Association canadienne de santé publique. *Mieux faire comprendre l'impact du faible niveau de littératie sur la prévention et le contrôle des maladies chroniques : rapport final*, Ottawa, 2006.
- Austin, P. E., R. Matlack, K. A. Dunn, C. Kesler et C. K. Brown. « Discharge instructions: do illustrations help our patients understand them? », *Annals of Emergency Medicine*, 25(3), 1995, 317-20.
- Beiser, M. « The Health of Immigrants and Refugees in Canada », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 96, suppl. 2, 2005, p. S30-S44.
- Beiser, M. et F. Hou. « Gender Differences in Language Acquisition and Employment Consequences among Southeast Asian Refugees », *Analyse de politiques*, 26 (3), 2000, 311-330.
- Bobal, A. M., H. L. Brown, T. L. Hartman, M. Magee et C. M. Schmidt. « Navigating the US health care system: a video guide for immigrant and diverse populations », *Journal of the Medical Library Association*, 95(3), 2007, 286-9.
- Bourget, B. et R. Chenier. *Mental Health Literacy in Canada: Phase One Report Mental Health Literacy Project*. Ottawa, Ontario : Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale, 2007.
- Bowen, S. *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*. Ottawa : Santé Canada, 2001. Sur Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/acces/2001-lang-acces/index-fra.php>.
- Burke, N. J., J. C. Jackson, H. C. Thai, F. Stackhouse, T. Nguyen, A. Chen et V. M. Taylor. « Honoring tradition, accepting new ways: Development of a hepatitis B control intervention for Vietnamese immigrants », *Ethnicity and Health*, 9(2), 2004, 153-69.

Caidi, N. *Pratiques des communautés ethnoculturelles en matière d'information : rapport final au CERIS*. Centre Metropolis de l'Ontario, Toronto. 2008. Sur Internet : http://ceris.metropolis.net/frameset_f.html.

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. *Environmental Scan of Interventions to Improve Health Literacy: Final Report*, rédigé par Judy King pour le CCNDS, St. Francis Xavier University, Antigonish, Nouvelle-Écosse, 2007.

Centre for Adult English Language Acquisition. *Picture Stories for Adult ESL Health Literacy*, 2008. Sur Internet : http://www.cal.org/caela/esl_resources/Health/healthindex.html.

Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. *De l'ombre à la lumière : la transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*. Ottawa, 2006.

Conseil canadien sur l'apprentissage. *Littératie en santé au Canada : résultats initiaux de l'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes*, Ottawa, 2007.

Conseil canadien sur l'apprentissage. *Littératie en santé au Canada : une question de bien-être*, Ottawa, 2008.

DeWalt, D.A., N. Berkman, S. Sheridan, K. Lohr et M. Pignone. « Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature », *Journal of General Internal Medicine*, 19(12), 2004, 1228-39.

Dowse, R. « Using Visuals to Communicate Medicine Information to Patients with Low Literacy », *Adult Learning*, 15(1/2), 2004, 22-25.

Dowse, R. et M. Ehlers. « Medicine labels incorporating pictograms: do they influence understanding and adherence? », *Patient Education and Counseling*, 58, 2005, 63-70.

Elder, J.P., G. X. Ayala, N. R. Campbell, D. Slymen, E. T. Lopez-Madurga, M. Engelberg et B. Baquero. « Interpersonal and print nutrition communication for a Spanish-dominant Latino population: Secretos de la Buena Vida », *Health Psychology*, 24(1), 2005, 49-57.

Elhadad, N. « Comprehending technical texts: Predicting and defining unfamiliar terms », *AMIA Annual Symposium Proceedings*, 2006, 239-43

Ferrer, A., D. Green et W. C. Riddell. *Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes : l'effet de la littératie sur les gains des immigrants*, Statistique Canada, Ottawa. N° 89-552-XPF au catalogue, n° 12, 2004.

Friedman, D. et L. Hoffman-Goetz. « Assessment of cultural sensitivity of cancer information in ethnic print media », *Journal of Health Communication*, 11(4), 2006, 425-447.

Garcia-Castillo, D. et M. D. Fetters. « Quality in medical translations: a review », *Journal of Health Care for the Poor & Underserved*, 18(1), 2007, 74-84.

- Glazier, R. H. « Neighbourhood recent immigration and hospitalization in Toronto, Canada », *Revue canadienne de santé publique*, 95(3), 2004, 130-134.
- Guidry, J. J. et V. D. Walker. « Assessing cultural sensitivity in printed cancer materials », *Cancer Practice*, 7(6), 1999, 291-6.
- Houts, P. S., C. C. Doak, L. G. Doak et M. J. Loscalzo. « The role of pictures in improving health communication: A review of research on attention, comprehension, recall, and adherence », *Patient Education & Counseling*, 61(2), 2006, 173-90.
- Hovey, J. D., V. Booker et L. D. Seligman. « Using theatrical presentations as a means of disseminating knowledge of HIV/ AIDS risk factors to migrant farm workers: An evaluation of the effectiveness of the Informate program ». *Journal of Immigrant and Minority Health*, 9(2), 2007, 147-56.
- Hyman, I. « Immigration and Health: Reviewing Evidence of the Health Immigrant Effect », N° 55 *CERIS Working Paper Series*, 2007. Sur Internet : <http://ceris.metroplis.net>.
- Institute of Medicine. *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*, National Academy of Sciences, Washington, D.C., 2004.
- Jorm, A. « Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders », *British Journal of Psychiatry*, 177, 2000, 396-401.
- Kickbusch, I., S. Wait et D. Maag. *Navigating Health: The Role of Health Literacy London: Alliance for Health and the Future*, 2005. Sur Internet : www.ilcuk.org.uk.
- Mahloch, J., J. C. Jackson, K. Chitnarong, R. Sam, L. S. Ngo et V. M. Taylor. « Bridging cultures through the development of a cervical cancer screening video for Cambodian women in the United States », *Journal of Cancer Education* 14(2), 1999, 109-14.
- Mansoor, L. E. et R. Dowse. « Effect of pictograms on readability of patient information materials », *The Annals of Pharmacotherapy*, 37(1-8), 2003, 1003-1009.
- McDonald, J. T. et S. Kennedy. « Insight into the 'Health Immigrant Effect': Health status and health service use of immigrants to Canada », *Social Science and Medicine*, 59, 2004, 1613-1627.
- Mohrmann, C. C., E. A. Coleman, S. K. Coon, J. E. Lord, J. K. Heard, M. J. Cantrell et E. C. Burks. « An analysis of printed breast cancer information for African American women », *Journal of Cancer Education* 15(1), 2000, 23-7.
- Ng, E., K. Pottie, D Spitzer et R. Glazier. *Language proficiency, gender and self-reported health: A dynamic view from the Longitudinal Survey of Immigrants to Canada*, 2008, document présenté dans le cadre de la Conférence nationale Metropolis, Halifax, Nouvelle-Écosse, 4 et 5 avril.
- Ng, E. et W. Omariba. *Health literacy of immigrants in Canada: Preliminary population-based evidence*. Analyse menée par la Division de l'information et de la recherche sur la santé de

Statistique Canada avec l'appui du Conseil canadien sur l'apprentissage (communication personnel Edward Ng), 2008.

Nimmon, L. E. « Within the eyes of the people: Using a photonovel as a consciousness-raising health literacy tool with ESL-speaking immigrant women », *Revue canadienne de santé publique*, 98(4), 2007, 337-340.

Nutbeam, D. « Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century ». *Health Promotion International*, 15, 2000, 259-267.

Osborne, H. « Health literacy: how visuals can help tell the healthcare story ». *Journal of Visual Communication in Medicine*, 29(1), 2006, 28-32.

Oxman-Martinez, J., J. Hanley, L. Lach, N. Khanlou, S. Weerasinge et V. Agnew. « Intersection of Canadian policy parameters affecting women with precarious immigration status: A baseline for understanding barriers to health », *Journal of Immigrant Health*, 7(4), 2005, 247-258.

People for Education's Annual Report on Ontario's Schools: Language support for newcomer students. Téléchargé le 19 octobre 2008 à l'adresse <http://www.peopleforeducation.com/adx/asp/adxGetMedia.aspx?DocID=613>.

Pottie, K., E. Ng, D. Spitzer, A. Mohammed et R. Glazier. « Language proficiency, gender and self-reported health: An analysis of the first two waves of the longitudinal survey of immigrants to Canada », *Revue canadienne de santé publique*, 99(6), 2008, 505-510.

Poureslami, I., D. Murphy, A. Nicol, E. Balka et I. Rootman. « Assessing the effectiveness of informational video clips on Iranian immigrants' attitudes toward and intention to use the BC ». Programme Health Guide de la grande région de Vancouver, *MEDSCAPE General Medicine*, 9(1), 2007a, 12.

Poureslami, I., I. Rootman, E. Balka, R. Devarakonda, J. Hatch et M. Fitzgerald. « A Systematic Review of Asthma and Health Literacy: A Cultural-Ethnic Perspective in Canada », *MEDSCAPE General Medicine*, 9(3), 2007b, 40.

Quan, H., A. Fong, C. De Coster, J. Wang, R. Musto, T. Noseworthy et W. Ghali. « Variation in health services utilization among ethnic populations », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 174(6), 2006, 787-791.

Rootman, I., J. Frankish et M. Kaszap. « Health Literacy: A New Frontier », *Health Promotion in Canada*, M. O'Neill, A. Pederson et S. Dupere (Eds.) Canadian Scholars' Press, 2007.

Rootman, I. et D. Gordon-El-Bihbety. Vision d'une culture de la santé au Canada : rapport du Groupe d'experts sur la littératie en matière de santé, Association canadienne de santé publique, 2008.

- Shohet, L et L. Renaud. « Critical Analysis on Best Practices in Health Literacy », *Revue canadienne de santé publique*, 97 : suppl. 2, 2006, S10-S13.
- Simich, L., J. Scott et B. Agic. « Alone in Canada: A Case Study of Multilingual Health Promotion », *International Journal of Mental Health Promotion*, 7(2), 2005, 14-22.
- Simich, L., H. Hamilton et B. K. Baya. « Mental Distress, Economic Hardship and Expectations of Life in Canada among Sudanese Newcomers », *Transcultural Psychiatry* 43(3), 2006, 419-445
- Simich, L., S. Maiter, E. Moorlag et J. Ochocka. « Ethnocultural Community Perspectives on Mental Health », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(3), 2009, 208-214.
- Stableford, S. et W. Mettger. « Plain Language: A strategic response to the health literacy challenge », *Journal of Public Health Policy* 28, 2007, 71-93.
- Vissandjée, B. et S. Dupère. « La communication interculturelle en contexte clinique : une question de partenariat », *Revue canadienne de recherche en sciences infirmières* 32(1), 2000, 99-113.
- Weintraub, D., S. Maliski, A. Fink, S. Choe et M. Litwin. « Suitability of prostate cancer education materials: Applying a standardized assessment tool to currently available materials », *Patient Education and Counseling*, 55, 2004, 275-280.
- Zanchetta, M. S. et I. M. Poureslami. « Health literacy within the reality of immigrants' culture and language », *Revue canadienne de santé publique* 97, suppl 2, 2006, S26-30.