



CARNET DU SAVOIR

Les obstacles rencontrés pour
apprendre les soins aux aînés
au Canada

12 juillet 2007

Les aidants naturels se heurtent à des obstacles en matière d'apprentissage des soins aux aînés

Jamais autant de Canadiens n'ont célébré leur 85e anniversaire de naissance. Et il y a de fortes chances qu'ils soufflent leurs bougies dans le confort de leur foyer, grâce aux soins d'un aidant naturel, généralement un conjoint ou un enfant d'âge moyen. Ces aidants non rémunérés sont souvent mal équipés pour porter le fardeau physique, émotionnel et financier de leurs responsabilités. Malheureusement, de formidables obstacles les empêchent d'accéder aux renseignements et aux services qui allégeraient leur fardeau.

Les soins aux aînés au Canada

La proportion de la population âgée de plus de 65 ans s'est accrue de 68 % au cours des 20 dernières années¹. En outre, la proportion de personnes âgées qui vivront au-delà de 80 ans a augmenté de 40 % et tout porte à croire que cette tendance se maintiendra².

Plus de 20 % des Canadiens de 45 à 64 ans s'occupent de 2,3 millions de personnes âgées, le plus souvent leurs parents (67 %), leurs beaux-parents (24 %), des amis ou des voisins (24 %). Par ailleurs, près des trois quarts de ces aidants naturels travaillent – la plupart à temps plein – tout comme leur conjoint dans la majorité des cas³. De plus, un aidant naturel occupé sur cinq appartient à la « génération sandwich », c'est-à-dire qu'il s'occupe d'un parent tout en ayant des enfants à charge⁴.

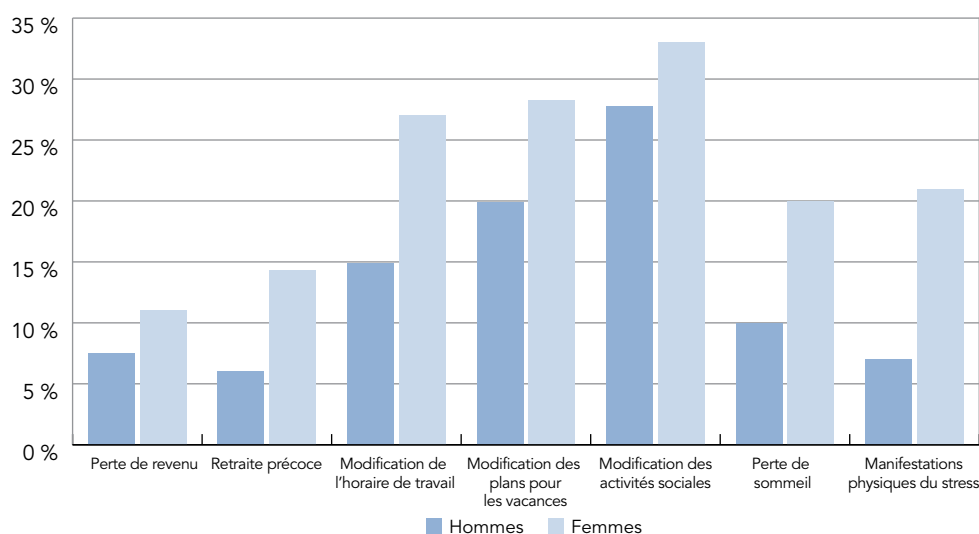
Un aidant naturel sur six est une personne âgée⁵, dont l'âge moyen est de 72 ans⁶. De ce nombre, 25 % s'occupent d'un conjoint, tandis qu'un tiers aide des amis et un cinquième, des voisins⁷. Cette cohorte consacre presque 22 % plus de temps à l'exécution de leurs tâches que leurs homologues plus jeunes⁸, les femmes âgées effectuant 33 % plus d'heures à titre d'aidantes naturelles que les hommes âgés⁹.

Le travail des aidants naturels est en partie déterminé par la nature et la gravité de la maladie de la personne qu'ils aident. Des maladies chroniques comme l'arthrite, l'hypertension, le diabète et la démence sont courantes chez les personnes âgées, mais elles n'exigent pas toutes les mêmes soins de la part des aidants. Par ailleurs, beaucoup de personnes âgées sont vulnérables à des maladies graves et aiguës comme le cancer (la première cause de mortalité dans ce groupe d'âge), ce qui peut obliger les aidants à effectuer des tâches auparavant prises en charge par des professionnels de la santé¹⁰.

Situation financière, santé et vie personnelle

Les soins prodigués peuvent entraîner des conséquences indésirables chez les aidants naturels : perte de revenu, modification des activités professionnelles et sociales ainsi que détresse physique et psychologique. De nombreuses études ont révélé des taux de dépression élevés chez les aidants naturels, en particulier chez les personnes pauvres¹¹ et chez celles qui s'occupent de personnes âgées souffrant de démence¹². Les aidants naturels âgés qui prennent soin d'un conjoint sont particulièrement affectés par le fardeau qui leur incombe : leur taux de mortalité est en effet 63 % supérieur à celui de leurs pairs non aidants¹³.

Figure 1 :
Incidences sur la situation financière, la vie sociale et la santé des aidants naturels



Adaptation de Habdu et Popovic, 2006.

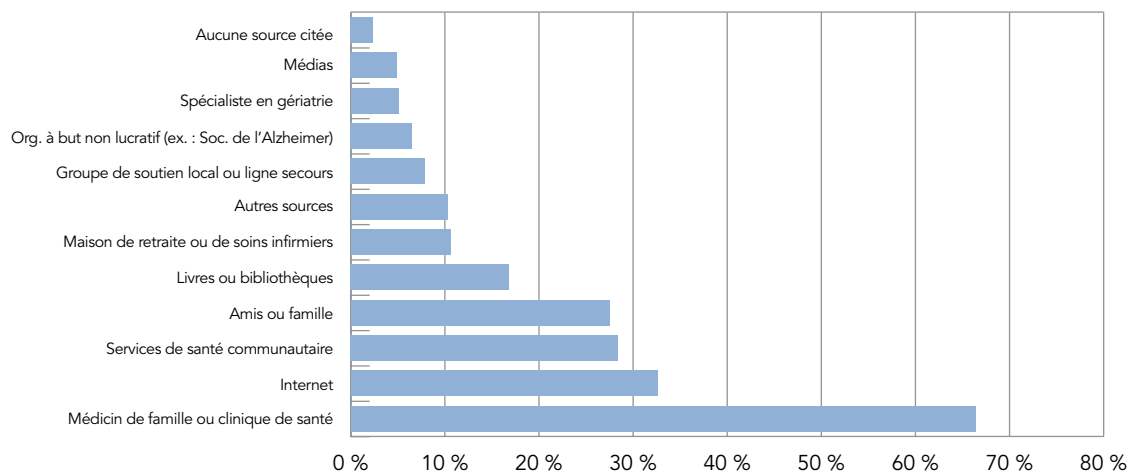
Besoins non comblés chez les aidants

Malgré les difficultés, la plupart des aidants affirment que cette expérience enrichit leur vie, qu'elle approfondit la relation avec la personne aidée et qu'elle leur permet de « redonner » une partie de ce qu'ils ont reçu¹⁴. Ils disent néanmoins avoir besoin de ressources accrues pour les aider à bien remplir leur rôle.

Dans le cadre de l'Enquête sur les attitudes des Canadiens à l'égard de l'apprentissage menée en 2006, on a demandé aux Canadiens vers quelle source d'information ils se tourneraient s'ils devaient prendre soin d'un parent âgé. Les répondants ne prodiguaient pas nécessairement de soins à un aîné au moment de l'Enquête. Ils ont indiqué un certain nombre de sources d'aide, ce qui révèle un degré de confiance relativement élevé en leur capacité de s'informer sur le rôle d'aidant naturel.

Figure 2 :

Enquête sur les attitudes des Canadiens à l'égard de l'apprentissage : les Canadiens identifient les sources potentielles d'information pour s'instruire sur les soins aux personnes âgées

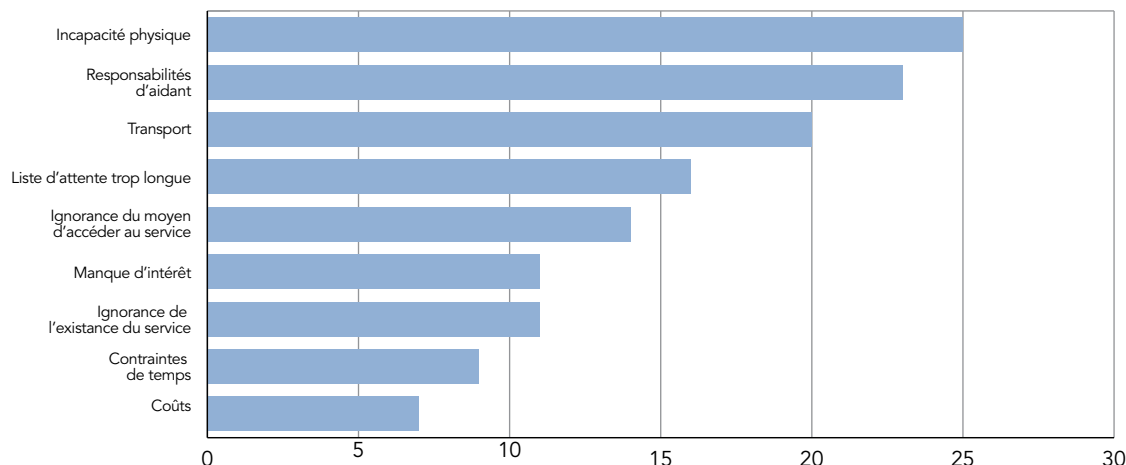


D'autres études portant sur les personnes qui prodiguent réellement des soins tracent un portrait quelque peu différent. Les données existantes suggèrent que les aidants naturels peinent à combler certains besoins : accès à du counselling¹⁵, accès à des soins de relève, horaires de travail flexibles¹⁶, aide pour l'exécution des tâches pratiques comme les travaux domestiques et les soins personnels, ainsi que soutien offert par téléphone, par des bulletins d'information, des groupes d'entraide ou Internet¹⁷.

De plus, beaucoup de ces Canadiens ont exprimé un important besoin non comblé en matière d'apprentissage : près de la moitié des aidants interrogés dans le cadre d'une étude menée par Statistique Canada ont dit vouloir plus d'information sur la meilleure façon d'effectuer leurs tâches et sur les malaises qui affectent leurs parents âgés.

Certains aidants ont indiqué que des motifs d'ordre pratique, comme les coûts et le temps, les empêchaient de s'instruire sur les soins aux aînés, mais un nombre important disent également éprouver des difficultés à obtenir de l'information sur les services offerts ou sur la façon d'y accéder. Ces obstacles sont présentés dans le graphique suivant :

Figure 3 :
Obstacles à l'accessibilité aux services pour les aidants naturels



Adaptation de Williams, Forbes, Mitchell, Essar et Corbett, 2006.

Littératie : la barrière invisible

Un faible niveau de littératie compte parmi les principaux obstacles à l'accès à l'information et aux ressources en santé. La littératie générale (c'est-à-dire la capacité de lire et d'écrire) et son pendant, la littératie en santé, posent des problèmes de taille – mais souvent ignorés – aux aînés et à leurs aidants naturels¹⁸. Quatre Canadiens sur 10 possèdent un niveau de littératie si faible qu'il est difficile pour eux de composer avec les exigences de la vie quotidienne¹⁹. La littératie en santé, qui est largement tributaire de la littératie générale, renvoie à la capacité d'une personne à comprendre des renseignements sur son état de santé, à évoluer dans le système de santé et à se procurer les services nécessaires à son bien-être. La littératie en santé suppose des habiletés cognitives et sociales ainsi que des aptitudes à communiquer – sans compter la motivation personnelle – suffisantes pour poser les bonnes questions et évaluer ses propres besoins²⁰.

Certains segments de la population ont tendance à présenter des niveaux moindres de littératie générale et en santé²¹. Un aidant sur six est une personne âgée. Or, ce groupe d'âge est disproportionnellement représenté au sein des groupes présentant un très faible niveau de littératie²². Qui plus est, à l'instar de la littératie générale²³, la littératie en santé diminue avec l'âge²⁴.

La population des aidants naturels reflète la composition démographique du Canada²⁵. Un Canadien sur six, Autochtones compris, est allophone, ce qui signifie que sa langue maternelle n'est ni le français ni l'anglais²⁶. En raison de leur situation linguistique, le risque est grand qu'ils présentent de faibles niveaux de littératie en santé²⁷. L'insensibilité culturelle des soins de santé peut exacerber les problèmes découlant de la difficulté de s'exprimer et du faible niveau de littératie des allophones²⁸, tant en anglais qu'en français²⁹.

Le nombre d'aidants qui risquent d'éprouver des difficultés à obtenir l'information dont ils ont besoin pour prendre adéquatement soin d'eux et d'un aîné est sans contredit considérable. L'information relative à la santé est partout : dans les hôpitaux et les cabinets de médecins, dans les médias imprimés et électroniques, sur Internet et dans les livres. Mais elle demeure en grande partie inaccessible à ceux-là mêmes qui en ont besoin. Par exemple, une étude a révélé que 75 % des brochures distribuées dans une clinique de soins de santé primaires de Montréal étaient rédigées dans un niveau de langue exigeant une scolarité de 11,5 ans³⁰. C'est bien au-delà de la portée des personnes qui présentent un faible niveau de littératie.

Leçons en apprentissage : surmonter les obstacles

Rédiger l'information en langage simple³¹, idéalement de niveau scolaire 5 ou 7³², est une façon d'en améliorer l'accessibilité, mais cela ne suffit pas à attirer les lecteurs. La qualité et la clarté du graphisme et l'ajout d'illustrations (surtout si elles sont pertinentes sur le plan culturel) augmentent les probabilités qu'un document écrit soit lu, compris et assimilé³³.

Cependant, il arrive que les brochures les mieux conçues et rédigées dans un langage des plus clairs ne fournissent pas l'information recherchée. Certains professionnels de la santé croient que les consommateurs ont besoin d'un type d'information, alors qu'en réalité, ils cherchent à savoir toute autre chose³⁴. Une étude a démontré que des brochures réalisées à l'intention des personnes atteintes de diabète – une maladie répandue chez les personnes âgées – n'abordaient pas la question des coûts, qui comptait pourtant parmi les principales préoccupations des destinataires³⁵. Consulter des utilisateurs de l'information en santé et collaborer avec eux est une façon d'harmoniser leurs besoins et les croyances des professionnels de la santé³⁶.

Ce sont les documents d'information produits localement qui se sont révélés les plus utiles aux consommateurs. Dans le cadre d'une étude australienne, des patients atteints d'un cancer ont évalué cinq versions d'un livret sur la chimiothérapie. Ils ont accordé les notes les plus élevées à l'ouvrage produit localement, même s'il n'était pas rédigé dans un langage simple et ne comportait pas d'illustrations³⁷.

Certaines minorités ont élaboré du matériel didactique en santé pour leurs communautés. Ainsi, les éditions Ningwakwe Learning Press publient à l'intention des Autochtones des documents d'information en santé qui intègrent les pratiques de la médecine occidentale fondée sur des données probantes aux pratiques traditionnelles et aux croyances des Autochtones. Ces publications utilisent un langage simple et des exemples de la vie quotidienne, sont illustrées et adoptent un style narratif en accord avec les croyances culturelles des collectivités autochtones³⁸.

Les professionnels de la santé jouent un rôle important en permettant aux aidants et aux personnes aidées d'accéder en temps opportun à des renseignements exacts et compréhensibles. Beaucoup de patients possédant une faible littératie ont honte de leur niveau de compréhension peu élevé. Ils évitent donc de poser des questions sur les ressources et la prise en

charge des maladies pour masquer leurs difficultés³⁹. Les universités et les organisations professionnelles offrent aujourd'hui des formations à l'intention des travailleurs de la santé pour qu'ils acquièrent les compétences culturelles et les stratégies de communication leur permettant d'intervenir efficacement auprès des populations diverses qu'ils sont appelés à desservir, y compris ceux qui éprouvent des difficultés liées à la langue ou à la littératie⁴⁰. Par exemple, les étudiants en sciences infirmières de l'Université d'Ottawa apprennent à travailler auprès des minorités culturelles et effectuent un stage pratique qui consiste à informer des nouveaux Canadiens inscrits à un cours d'anglais langue seconde, sur divers sujets liés à la santé, mais aussi à l'accès aux services de santé⁴¹.

Les professionnels de la santé qui sont déjà sur le marché du travail sont également sensibilisés à la problématique de la faible littératie et peuvent suivre des formations sur les pratiques exemplaires en matière d'aide des groupes cibles. L'American Medical Association, par exemple, enseigne à ses membres à créer dans leur cabinet une ambiance qui incitera les patients à poser des questions et à y répondre en des termes que tous les patients comprennent, peu importe leur niveau de littératie. Cela signifie parler lentement, ne pas utiliser de jargon technique, présenter seulement deux ou trois concepts à la fois et vérifier régulièrement l'assimilation de l'information en demandant aux patients de reformuler ce qu'ils ont appris⁴². Des techniques similaires sont enseignées dans des ateliers à l'aide de matériel conçu par des organisations canadiennes de promotion de la littératie et de la santé et par des hôpitaux⁴³.

La santé en ligne et au téléphone

Source importante d'information en santé pour les Canadiens, Internet est utilisé par environ la moitié des personnes qui dispensent le plus de soins informels à des aînés⁴⁴. Cette abondance de données peut toutefois constituer un problème pour les utilisateurs, car bon nombre ne possèdent pas les aptitudes à la pensée critique nécessaires pour évaluer la qualité de l'information consultée⁴⁵.

La majeure partie du contenu relatif à la santé sur Internet n'est pas accessible à ceux qui ne parlent pas l'anglais : plus de 65 % du contenu sur le Web est en anglais seulement⁴⁶. De plus, l'information en ligne sur la santé est souvent rédigée dans un langage relativement soutenu : une étude a en effet démontré que les renseignements sur les types de cancer les plus courants (du sein, de la prostate, colorectal) sont présentés dans un langage exigeant une scolarité de 12,9 ans⁴⁷. Les discussions dans le milieu de l'information en santé ont porté récemment sur la réécriture du contenu sur le Web en des termes simples⁴⁸.

Cependant, même si le texte est clair et accessible, les ordinateurs présentent d'autres difficultés pour les utilisateurs possédant un faible niveau de littératie. Beaucoup ont du mal à générer des mots-clés suffisamment précis pour obtenir des résultats pertinents. Il est tout aussi difficile pour eux de consulter les liens qui fourniraient des réponses à des questions précises et de repérer les sites commandités⁴⁹.

Des initiatives ont été mises sur pied pour aider les populations sous-représentées à faire une utilisation profitable d'Internet. Le projet Colonias, dans le sud du Texas, a enseigné à des travailleurs communautaires comment extraire de l'information de MedlinePlus, une base de données fiables en santé, en espagnol et en anglais, maintenue à jour par l'American National Library of Medicine⁵⁰. Ces paraprofessionnels, ou promotoras, ont ensuite pu aider leurs clients à prendre des décisions liées à la prise de médicaments ou à des traitements, à comprendre leur état, à diminuer leur anxiété et, surtout, à améliorer la qualité de leurs interactions avec les fournisseurs de services de santé⁵¹.

Des modules de formation en ligne portant sur des problèmes de santé précis ont également été conçus à l'intention de groupes cibles, comme les personnes âgées et les aidants. Une étude a montré qu'une telle approche s'était révélée efficace pour enseigner aux personnes âgées et à leurs aidants comment prévenir les fractures de la hanche, un problème répandu chez les aînés⁵².

Offrir du soutien et des renseignements téléphoniques par un professionnel aux aidants naturels a été mis à l'essai dans certaines régions. Les aidants – en particulier ceux situés dans les régions rurales et éloignées – trouvent cette méthode pratique et économique, car ils n'ont pas besoin de se déplacer pour bénéficier de ces « visites virtuelles » avec des professionnels de la santé. Il a également été démontré que cette méthode favorise une meilleure communication entre les aidants et les professionnels de la santé et qu'elle facilite l'accès à d'autres services. Elle se révèle particulièrement efficace lorsque les télésoins à domicile sont intégrés à d'autres services de santé afin d'offrir aux clients une continuité dans les soins⁵³.

Solutions d'une faible technicité

Il arrive souvent que les aidants naturels reçoivent des consignes du médecin traitant ou d'un autre professionnel de la santé. Outre ces renseignements ponctuels, certains aidants participent à une formation complète, sur une base individuelle ou en groupe.

Comme les personnes âgées souffrant d'un cancer subissent souvent d'importants malaises lorsqu'ils retournent à la maison après une intervention chirurgicale, un hôpital a créé un programme de formation individuelle en soins généraux à l'intention des aidants naturels. Ceux-ci y apprennent à traiter les symptômes postopératoires et à suivre le rétablissement du patient. La formation est à la fois générale (par exemple, comment gérer les nausées) et pratique (par exemple, comment utiliser un tube gastrique) et se poursuit jusqu'à ce que l'aidant ait suffisamment confiance en sa capacité de fournir des soins et soit capable de démontrer ses compétences. Les aidants se disent satisfaits de cette approche interactive et non intimidante, ainsi que du manuel de soins rédigé en langage simple qu'ils peuvent utiliser à la maison⁵⁴.

Un programme largement répandu aux États-Unis, *Caring for You/Caring for Me*, vise à développer chez les aidants une grande variété de forces et de capacités qui peuvent être utiles en toutes situations. Offert par des groupes à but non lucratif, des hôpitaux et des organismes de l'administration locale⁵⁵,

ce programme comprend cinq ateliers de deux heures et demie auxquels participent des professionnels de la santé et des aidants naturels. Au cours du premier atelier, les participants apprennent à se ménager, puis tente de déterminer les connaissances et les compétences dont ils ont besoin pour s'occuper de la personne à leur charge. Un des modules est entièrement consacré aux moyens d'accéder à l'information, d'obtenir des ressources et de surmonter les obstacles. L'objectif ultime est d'amener les aidants à poser des gestes qui amélioreront leur qualité de vie et celle de la personne qu'ils aident.

En résumé

Les aidants naturels sont aussi diversifiés, sur le plan démographique, que la population du Canada. Pour que tous leurs besoins en information et en formation soient satisfaits, toute une variété de stratégies devront donc être conçues et mises en œuvre par divers intervenants, y compris les aidants.

Les aidants naturels portent un fardeau qui peut grandement affecter leur santé et leur situation financière. Un investissement considérable pourrait bien être nécessaire pour les aider à apprendre tout ce qu'ils doivent savoir sur la nature de leur rôle, mais cet investissement ne pourra jamais égaler la valeur de leur contribution à la société, que Statistique Canada évalue entre 15,3 et 25 milliards de dollars annuellement⁵⁶.

Références

- ¹ Turcotte, M., et G. Schellenberg, *Un portrait des aînés au Canada 2006*, Statistique Canada, no au catalogue 89-519-XIF, 2007.
- ² Cranswick, K. *Enquête sociale générale, cycle 16 : la prestation de soins dans une société vieillissante*, Statistique Canada, no au catalogue 89-582-XIF, 2003, [consulté le 15 avril 2007].
- ³ Habtu, R., et A. Popovic. « Les aidants naturels : Concilier responsabilités professionnelles et personnelles », *Conciliation travail-vie privée*, vol. 8, no 3, avril 2006, p. 1-14, Statistique Canada, no au catalogue 11-008, [consulté le 17 avril 2007].
- ⁴ Habtu et Popovic, 2006.
- ⁵ Stobert, S. et K. Cranswick. « Prendre soin des personnes âgées : qui fait quoi et pour qui? », *Tendances sociales canadiennes, automne 2004*, p. 2-6, Statistique Canada, no au catalogue 11-008. Calculs fondés sur les données du tableau à la p. 4.
- ⁶ Stobert et Cranswick, 2004, p. 3.
- ⁷ Stobert et Cranswick, 2004, p. 4-5.
- ⁸ Stobert et Cranswick, 2004, p. 3.
- ⁹ Stobert et Cranswick, 2004, p. 3. Les hommes effectuent 20,9 heures par mois, et les femmes 32,9 heures.
- ¹⁰ Haigler, D. H., L. J. Bauer et S. S. Travis. « Finding the common ground of family and professional caregiving: The education agenda at the Rosalynn Carter Institute », *Educational Gerontology*, vol. 30, no 2, 2004, p. 98.

- ¹¹ *In the middle: A report on multicultural boomers coping with family and aging issues*, AARP, 2001, [consulté le 18 avril 2007].
- ¹² Haigler, Bauer, Travis, et Shirley, 2004, p. 98,
- ¹³ Schultz, R., et S. R. Beach, « Caregiving as a Risk Factor for Mortality: The Caregiver Health Effects Study », *Journal of the American Medical Association*, vol. 282, no 23, 1999, p. 2215-2219.
- ¹⁴ Cranswick, 2003.
- ¹⁵ Habtu et Popovic, 2006, p. 8.
- ¹⁶ Stobert et Cranswick, 2004, p. 4.
- ¹⁷ Colantonio, A., A. J. Kositsky, C. Cohen et L. Vernich. « What Support do Caregivers of the Elderly Want? Results from the Canadian Study of Health and Aging », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 92, septembre-octobre. 2001, p. 376-379.
- ¹⁸ Rootman, I. « Health literacy: Where are the Canadian doctors? », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 175, no 6, 2006, p. 606-607. « Il est dommage que le milieu médical canadien n'ait pas joué un rôle plus actif sur le plan de la littératie en santé, car il s'agit sans contredit d'un aspect important de la pratique de la médecine. » (p. 606). Traduction libre. Rootman, I., et Ronson, B., « Literacy and health research in Canada : Where Have We Been and Where Should We Go? », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 96, supplément no 2, mars-avril 2005, p. 262-277.
- ¹⁹ *Enquête sur la littératie et les compétences des adultes*, Statistique Canada, 2003.
- ²⁰ Mika, V. S., P. J. Kelly, M. A. Price, M. Franquiz et R. Villarreal. « The ABCs of health literacy », *Community Health*, vol. 28, no 4, p. 352.
- ²¹ Shohet, L., et L. Renaud. « Critical analysis on best practices in health literacy », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 97, supplément no 2, mai-juin 2006, p. S10.
- ²² Shohet, Linda. « Seniors and literacy: Revisiting the issue », *LACMF*, vol. 17, no 2, 2004, p. 3, [consulté le 17 avril 2007].
- ²³ Rootman, I., et B. Ronson. « Literacy and health research in Canada : Where Have We Been and Where Should We Go? », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 96, supplément no 2, mars-avril 2005, p. S67 et S68.
- ²⁴ Erlen, J. A. « Functional health illiteracy: Ethical concerns », *Orthopaedic Nursing*, vol. 25, no 2, mars-avril 2004, p. 150-153.
- ²⁵ Decima Research. *Profil national des personnes soignantes au Canada - 2002 : Rapport final*, Santé Canada, 2002.
- ²⁶ *Profil des langues au Canada : l'anglais, le français et bien d'autres langues. Recensement de 2001 : Série "Analyse"*, Statistique Canada, 2002. [consulté le 17 avril 2007]
- ²⁷ Shohet et Renaud, 2006.
- ²⁸ *Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes de 2003*, *Le Quotidien*, [consulté le 15 avril 2007]. La moitié de la population du Yukon, 69 % de la population autochtone des Territoires du Nord-Ouest et 885 Inuits du Nunavut ont obtenu une note inférieure au niveau.

- ²⁹ Zanchetta, M. S., et I. M. Poureslami. « Health literacy Within the reality of immigrants' culture and language », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 97, supplément no 2, p. S26-S30; Smylie, J., L. Williams et N. Cooper. « Culture-based literacy and aboriginal health », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 97, mai-juin 2006, p. S21-S25.
- ³⁰ Smith, J. L., et J. Haggerty. « Literacy in primary care populations: Is it a problem? », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 94, no 6, 2003, p. 408-412.
- ³¹ *Plain language and patient education: A summary of current research*, Research Briefs on Health Communications, 2003, The Centre for Literacy of Quebec.
- ³² *Plain language and Patient Education*, 2003, p. 2.
- ³³ *Plain language and Patient Education*, 2003, p. 2.
- ³⁴ *Plain language and Patient Education*, 2003, p. 2.
- ³⁵ *Plain language and Patient Education*, 2003.
- ³⁶ *Plain language and Patient Education*, 2003.
- ³⁷ *Plain language and Patient Education*, 2003.
- ³⁸ Morrison, M. Aboriginal literacy and health publications. *Revue canadienne de santé publique*, 2005, [consulté le 16 avril 2007].
- ³⁹ King, J. *Patient education: The Literacy connection*, Association canadienne de santé publique, 2005, [consulté le 16 avril 2007].
- ⁴⁰ Shohet, L., et L. Renaud. « Critical analysis on best practices in health literacy », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 97, supplément no 2, mai-juin 2006, p S11.
- ⁴¹ Chiarelli, L., et P. Edwards. « Building Healthy Public Policy », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 97, supplément no 2, mai-juin 2006, p. S40.
- ⁴² Schwartzberg, J. *Improving communication with patients with low literacy*, American Medical Association Foundation et American Medical Association, 2005, sur le site de l'Association canadienne de santé publique, [consulté le 18 avril 2007].
- ⁴³ Par exemple, le Programme national sur l'alphabétisation et la santé, de l'Association canadienne de santé publique, collabore avec 28 associations nationales du domaine de la santé dans le but de sensibiliser les professionnels de la santé aux pratiques exemplaires en matière de services aux clients possédant un faible niveau de littératie. Voir également Ros, M. et C. Moody . « One Day Wonders », Conférence sur les pratiques exemplaires en littératie et en santé, Association canadienne de santé publique, 2005, [consulté le 18 avril 2007];
- Wizowski, L., et T. Hutchings. « Health literacy workshops for professionals and students: Building on 10 years of experience », Conférence sur les pratiques exemplaires en littératie et en santé, Association canadienne de santé publique, 2005, [consulté le 18 avril 2007].
- ⁴⁴ « L'expérience d'Internet des Canadiens plus jeunes et plus âgés », *Bulletin de l'analyse en innovation*, Statistique Canada, 2005, no au catalogue 88-003-XIF.

- ⁴⁵ Gray, N. J., J. D. Klein, P. R. Noyce, T. S. Sesselberg et J. A. Cantrill. « The internet: A window on adolescent health literacy », *Journal of Adolescent Health*, vol. 37, 2005.
- ⁴⁶ Norman, C. D., et H. A. Skinner. « eHealth literacy: Essential skills for consumer health in a networked world », *Journal of Medical Internet Research*, vol. 8, avril-juin 2006, p. 3, [consulté le 16 avril 2007].
- ⁴⁷ Friedman, D. B., L. Hoffman-Goetz et J. F. Arocha. « Health literacy and the world Wide Web: Comparing the readability of leading incident cancers on the Internet », *Medical Informatics and the Internet in Medicine*, vol. 31, no 1, mars 2006, p. 67-87.
- ⁴⁸ Norman et Skinner, 2006.
- ⁴⁹ Birru, M.S., V.M. Monaco, L. Charles, H. Drew, V. Njie, T. Bierria, E. Detlefsen et R.A. Steinman. « Internet usage by low-literacy adults seeking health information: An observational analysis », *Journal of Medical Internet Research*, (Juil./Sept. 2004), [consulté le 18 avril 2007].
- ⁵⁰ www.medlineplus.gov/
- ⁵¹ Olney, C. A., D. G. Warner, G. Reyna, F. B. Wood et E. R. Siegel. « MedlinePlus and the challenge of low health literacy: findings from the Colonias Project », *Journal of the Medical Librarians Association*, vol. 95, no 1, janvier 2007, p. 31-36.
- ⁵² Nahm, E. S., B. Resnick et B. Covington. « Development of theory-based, online health learning models for older adults: Lessons learned », *Computer Information in Nursing*, vol. 24, no 5, septembre-octobre 2006, p. 261-268.
- ⁵³ Hogenbirk, J. C., L. Liboiron-Grenier, R. W. Pong et N. L. Young. *Comment les télésoins à domicile peuvent-ils soutenir les soins non constitués? Examen des connaissances actuelles et évaluation du potentiel : Rapport final*, Division des soins à domicile et soins continus, Santé Canada, 2005.
- ⁵⁴ Hendrix, Cristina C. « Informal caregiver training on home care and cancer symptom management prior to hospital discharge: A feasibility study », *Oncology Nursing Forum*, vol. 33, no 4, novembre 2006.
- ⁵⁵ Haigler, Bauer et Travis, 2004.
- ⁵⁶ Zukewich, N. « Soins informels non rémunérés », *Tendances sociales canadiennes*, Statistique Canada, no au catalogue 11-008, p. 18.