



National Collaborating Centre
for Determinants of Health
Centre de collaboration nationale
des déterminants de la santé

Analyse de l'alphabétisation familiale et de la santé

Rapport final

MAI 2007



Coordonnées

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS)

Université Saint-François-Xavier

Antigonish, N.-É. B2G 2W5

Courriel : nccdh@stfx.ca

Téléphone : (902) 867-5406

Télécopieur : (902) 867-6130

www.nccdh.ca

Présenté en mai 2007 par Linda Shohet, Ph.D., au nom du Centre d'alphabétisation du Québec

Le CCNDS a demandé l'exécution de ce travail et désire remercier l'auteure et le(s) organisme(s) affilié(s) pour leur contribution.

« La révision et la présentation du rapport ont été effectuées conformément aux directives de la FCRSS et John Lavis a suggéré l'utilisation de la règle 1:3:25. Vous pouvez obtenir un rapport technique complet en communiquant directement avec le CCNDS. »

ISBN 978-1-926823-05-8

CIP tk

Table de matières

Préface	5
Messages clés	6
Introduction	8
L'analyse : prémisses et méthodologie	10
Limites	11
Résultats	12
L'état de la recherche au Canada	14
Définition de l'alphabétisation familiale	16
Définition de la santé	18
Façon dont l'alphabétisation familiale influe sur la santé	19
Scolarité et alphabétisme des parents	20
Compétences parentales et éducation à la santé	20
Développement de la petite enfance et de l'enfant d'âge préscolaire	20
Temps partagé par les parents et les enfants	21
Que démontrent les résultats probants?	22
O'Brien, Connell & Griffin (2004)	22
Anderson et al. (2003)	24
St. Pierre & Ricciuti (2005)	25
Herman & Mayer (2004)	28
Conclusion	30
Références	34



Préface

Le présent rapport et la bibliographie analytique qui l'accompagne ont été préparés à la suite d'un « examen des ressources et de la documentation, en anglais et en français, liées à la santé dans le contexte de l'alphabétisation familiale ». Ils ont pour but d'appuyer un projet conjoint du Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS) et du Centre for Family Literacy (Edmonton, AB). Cette initiative a pour objectif d'élaborer un module sur l'alphabétisation familiale et la santé qui viendrait s'ajouter au programme de grande diffusion mis au point par le Centre et intitulé Foundational Training in Family Literacy (formation de base en alphabétisation familiale). Le nouveau module est conçu pour être utilisé par des intervenants en alphabétisation familiale et par les partenaires des domaines connexes, comme la santé publique.

Le centre d'alphabétisation du Québec a assumé la coordination de l'analyse, de la bibliographie qui en découle et du rapport.

Chercheuse principale – Claire Elliott

Autre chercheur – Paul Beaulieu

Révision – Personnel du Centre d'alphabétisation



Messages clés

- * La méthodologie utilisée dans le cadre de ce document comprend un bref examen de l’alphabétisation familiale au Canada; des définitions pertinentes de « l’alphabétisation familiale » et de « la santé »; une analyse fondée sur la recherche portant sur la façon dont les interventions en alphabétisation familiale influent sur la santé; et, une discussion sur l’application de ces conclusions dans le contexte canadien.
- * L’alphabétisation familiale se définit comme suit : « nombreuses façons dont les familles acquièrent et utilisent les capacités de lecture et d’écriture pour accomplir les tâches et activités de la vie quotidienne » (Thomas, 1998). Les interventions d’alphabétisation familiale se définissent pour leur part comme suit : « vaste gamme d’initiatives qui reconnaissent l’influence de la famille sur l’alphabétisation des membres de la famille et qui tentent d’appuyer les familles dans l’activité d’alphabétisation et dans l’accès aux ressources d’alphabétisation » (Thomas, 1998).
- * L’Agence de santé publique du Canada (2002) définit la santé comme suit : « ... une capacité ou une ressource, plutôt qu’un état... [et] tient compte de l’éventail des facteurs liés aux environnements social, économique et physique qui influent sur la santé... ». Selon ce concept qui définit la santé comme « une capacité ou une ressource » produite par de multiples déterminants, un changement lié à un déterminant quelconque devrait avoir un effet sur la santé personnelle. Il s’agit du fondement de l’approche axée sur la santé de la population, qui est elle-même le fondement de l’actuelle politique de santé publique au Canada.
- * L’information disponible sur l’efficacité directe des interventions en alphabétisation familiale sur la santé est très limitée (c.-à-d. la documentation sur l’amélioration d’un état de santé particulier comme effet de la participation à un programme d’intervention).
- * De plus en plus de recherches suggèrent le potentiel qu’ont les interventions en alphabétisation familiale d’exercer une influence sur les résultats pour la santé grâce à leur effet positif sur un ou plusieurs déterminants de la santé.
- * La documentation actuelle suggère que l’alphabétisation familiale pourrait avoir un plus grand potentiel d’influence sur la santé que sur l’amélioration

des capacités de lecture et d'écriture des enfants et des parents. Les politiques de santé publique et les pratiques d'alphabétisation familiale actuellement en vigueur au Canada pourraient offrir une base solide à l'examen des avantages en matière de santé si les organismes de santé publique et les intervenants en alphabétisation familiale adoptaient un modèle de partenariat et, si l'éducation à la santé était intégrée davantage aux programmes de compétences parentales existants.

- * Les limites de la recherche canadienne et de la mise en place de méthodes d'évaluation explicites sont surtout attribuables à la diversité et à la complexité des programmes d'alphabétisation familiale, aux différences dans l'approvisionnement entre les provinces et les territoires, à l'absence de données comparables et à l'inaccessibilité des données.
- * Des études longitudinales ciblées sur les liens précis et sur les résultats de ces initiatives sont requises.



Introduction

Au cours des 25 dernières années, de profondes racines se sont développées autour du concept et de la pratique de l’alphabétisation familiale au Canada et ailleurs dans le monde. Bien que la pratique ait d’abord été observée en Israël à la fin des années 1960, le domaine s’est vu attribuer un nom en 1983, quand l’expression alphabétisation familiale a été employée pour la première fois par Denny Taylor dans son étude de 1983 sur le contexte social du domicile comme facteur essentiel de l’alphabétisation des jeunes enfants (Thomas, 1998). Depuis, le domaine a connu une croissance et acquis un très vaste soutien, en plus d’avoir fait l’objet d’un grand nombre de recherches et de débats. Toutefois, malgré toute cette attention, il reste encore beaucoup à découvrir sur les répercussions de l’alphabétisation familiale sur les enfants, les parents et les familles. Les pages qui suivent examinent ce que l’on sait sur l’alphabétisation familiale et sur son lien avec la santé.

Comme les objectifs du présent rapport étaient relativement ouverts dès le départ, la chercheuse a mis l’accent sur une question clé (*L’alphabétisation familiale a-t-elle un effet mesurable sur la santé?*) et a répertorié les études de recherche ayant examiné les répercussions de l’alphabétisation familiale sur la santé.

Bien que les résultats aient été limités, une analyse documentaire a confirmé que la « santé » est un concept difficile à définir ou à mesurer et que l’amélioration de la santé est rarement mesurée même s’il s’agit d’un résultat auquel on fait souvent référence dans les programmes d’alphabétisation familiale. L’hypothèse selon laquelle les programmes d’alphabétisation familiale entraînent de meilleurs résultats repose sur deux prémisses bien établies :

1. les familles, et surtout les parents, jouent un rôle déterminant dans l’alphabétisation des enfants (Desjardins, 1996; Gaudet, 1994; Alphabétisation Nouveau-Brunswick, 2000; Thomas, 1998; et al); et
2. l’alphabétisation est un puissant déterminant direct de la santé (Perrin, 1989, 1998; Committee on Health Literacy, 2004; ASPC, 2002).

La validité de ces prémisses et la force de leur corrélation ne prouvent toutefois pas les répercussions sur la santé de l’intervention en alphabétisation familiale. Le présent document suggère la possibilité de combler le fossé créé par le manque de preuves

en interprétant les résultats en matière d’alphabétisation familiale à partir d’une approche axée sur la santé de la population.

Le présent examen propose deux grandes conclusions. Premièrement, la documentation actuelle suggère que l’alphabétisation familiale pourrait avoir un plus grand potentiel d’influence sur la santé que sur l’amélioration des capacités de lecture et d’écriture des enfants et des parents. Deuxièmement, les politiques de santé publique et les pratiques d’alphabétisation familiale actuellement en vigueur au Canada pourraient offrir une base solide à l’examen des avantages en matière de santé si les organismes de santé publique et les intervenants en alphabétisation familiale adoptaient un modèle de partenariat, et si l’éducation à la santé était intégrée davantage aux programmes de compétences parentales existants.

Le présent rapport comprend une description de la méthodologie utilisée pour effectuer l’analyse; un bref examen de l’alphabétisation familiale au Canada; des définitions pertinentes de « l’alphabétisation familiale » et de « la santé »; une analyse fondée sur la recherche de la façon dont les interventions en alphabétisation familiale influent sur la santé; et, enfin, une discussion sur l’application de ces conclusions dans le contexte canadien.



L'analyse : prémisses et méthodologie

Le but central de l'analyse consistait à répertorier les ressources et la documentation pouvant contribuer à l'élaboration d'un module de formation sur l'alphabétisation familiale et la santé. La plupart de ces ressources ont été incluses dans une bibliographie analytique préparée à titre de référence et de ressource pour les intervenants en alphabétisation familiale et des domaines connexes qui utiliseraient le module.

Les sources canadiennes suivantes ont été consultées :

- * la Base de données en alphabétisation des adultes (BDAA);
- * l'Education Resources Information Centre (ERIC);
- * le Réseau canadien de recherche sur le langage et l'alphabétisation;
- * le Directory of Canadian Adult Literacy Research in English;
- * la base de données sur la recherche en alphabétisation des adultes en Ontario;
- * le Répertoire canadien de la recherche sur l'alphabétisation des adultes en français (RéCRAF);
- * les sites Web des coalitions d'alphabétisation et des groupes d'alphabétisation familiale provinciaux; et
- * les catalogues en ligne des centres de ressources provinciaux, comme AlphaPlus, le Centre d'alphabétisation du Québec et le Centre de documentation en éducation des adultes et la condition féminine (CDEACF).

On a aussi consulté les sources américaines suivantes : le National Institute for Literacy (NIFL); le National Center for the Study of Adult Learning and Literacy (NCSALL); et la U.S. Administration of Children & Families' Annotated Bibliography of Head Start Research.

L'accent mis sur la santé a entraîné une recherche additionnelle, mais moins détaillée, dans la base de données PubMed, et des examens approfondis des sites Web de Santé Canada, de l'Association canadienne de santé publique et de l'Agence de santé publique du Canada.

Les termes 'famil*', 'literac*', et 'health' ont été utilisés dans les recherches parce qu'on a initialement présumé qu'une ressource devait directement traiter des deux principaux concepts, soit « family literacy » (l'alphabétisation familiale) et « health » (la santé). La supposition a ensuite été élargie en ce sens qu'on a établi que les ressources qui n'utilisaient pas clairement les termes « santé » et « famille » et « alphabétisation » n'étaient probablement pas pertinentes. Comme le démontrera la discussion, cette hypothèse n'a peut-être pas été tout à fait valide pour ce qui est du terme de recherche « santé ».

Limites

Le temps limité alloué pour effectuer l'analyse, préparer la bibliographie analytique et produire le présent rapport n'a pas permis de faire un examen complet de toute la recherche disponible sur les avantages des interventions en alphabétisation familiale pour la santé. Par exemple, l'analyse ne comprend pas la recherche faite sur le programme national « Sure Start » du Royaume-Uni, ni les études du Centre for Research on the Wider Benefits of Learning sur les bienfaits de l'apprentissage pour la santé. De plus, on ne disposait pas de suffisamment de temps pour lire l'ensemble du matériel plutôt que les résumés, ce qui limite davantage les conclusions qui peuvent être tirées de la démarche. Un récent examen de la documentation (Hauser et Edwards), préparé pour le Groupe d'experts sur les compétences en matière de santé de l'Association canadienne de santé publique, qui sera publié en 2007, résume l'état actuel des connaissances liées aux niveaux d'alphabétisation et de littératie en santé des Canadiens de même que des relations entre l'alphabétisation, la littératie en santé et les résultats pour la santé. On y traite de l'efficacité des interventions existantes pour ce qui est d'améliorer la littératie en santé et des répercussions des résultats sur les politiques et les programmes visant l'amélioration de la littératie en santé. Cet examen permettra de considérablement accroître les connaissances du domaine. Sur un autre front, Reach Out and Read (ROR) est un organisme national américain à but non lucratif de pédiatres qui font la promotion de l'alphabétisme chez les jeunes



enfants en donnant de nouveaux livres aux enfants et en fournissant des conseils aux parents. L’alphabétisme chez les jeunes enfants devient ainsi une partie normalisée des soins pédiatriques primaires. En suivant le modèle de ROR, les médecins et infirmières informent les parents que le fait de lire à haute voix est ce qu’il y a de plus important à faire pour aider leurs enfants à aimer les livres et à commencer l’école prêts à apprendre. L’organisme a fait beaucoup de recherche qui semble indiquer la possibilité de bons résultats pour la santé et est à concevoir un programme de recherche ciblée. La Société canadienne de pédiatrie (SCP) a saisi ce filon et commence à promouvoir l’alphabétisation et la lecture auprès des parents. Son travail n’est pas inclus dans le présent rapport, mais la SCP est un allier puissant qui offre beaucoup d’espoir. Enfin, la chercheuse indique que le terme de recherche « santé » n’a probablement pas permis de repérer tout le matériel pertinent sur le sujet quand il était utilisé comme mot clé dans la recherche effectuée dans les bases de données. Malgré ces limites, l’examen a permis de relever d’importantes questions et conclusions qui suggèrent des pratiques potentiellement utiles et une orientation future pour la recherche.

Résultats

La stratégie de recherche a fourni un petit nombre d’études d’évaluation mettant l’accent sur les modèles de programmes américains; une gamme possiblement illimitée de ressources Web et imprimées sur les compétences parentales; et, du matériel reconnu sur la recherche et les pratiques en matière de littératie en santé. À première vue, ces résultats ne semblaient pas satisfaire les objectifs de l’analyse, puisque peu de ressources contenaient des commentaires explicites sur le lien entre l’alphabétisation familiale et la santé. Comme indiqué dans l’introduction, le lien est grandement hypothétique dans la documentation.

En plus de permettre de repérer les ressources, l’analyse a fourni un aperçu général de l’état de la pratique d’alphabétisation familiale au Canada. Plus particulièrement, elle a permis de constater que les pratiques et les principes traditionnels d’alphabétisation familiale s’étendent au-delà du foyer traditionnel dans le secteur de l’alphabétisation des adultes et qu’ils deviennent plus « grand public ». Par exemple, un récent rapport préparé par le Early Childhood Centre de l’Université du Nouveau-Brunswick (Nason et Whitty, 2004) présentait les résultats d’une enquête nationale qui décrivait une vaste variété de pratiques d’alphabétisation familiale et de services de soutien offerts

par des programmes gérés dans le cadre du Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE) et du Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP) de Santé Canada. Dans le même ordre d'idées, le projet Tisser des liens – une initiative qui fait la promotion de l'intégration des services d'alphabétisation aux programmes de soutien aux familles existants – est depuis quelques années une des principales initiatives de l'Association canadienne des programmes de ressources pour la famille (Smythe et Weinstein, 2000).

Néanmoins, la force évidente de la pratique de l'alphabétisation familiale au Canada ne se reflète pas dans la recherche menée au pays.



L'état de la recherche au Canada

La recherche sur l'alphabétisation familiale au Canada n'a pas encore atteint le niveau de la recherche régulièrement effectuée aux États-Unis. A. Thomas a suggéré certaines causes profondes de cette différence dans l'examen du domaine qu'elle a effectué en 1998. Ses observations sont les suivantes :

Le domaine de l'alphabétisation familiale est complexe, compte tenu de la diversité des familles desservies et des milieux dans lesquels ont lieu les différentes... initiatives. Il s'est avéré difficile pour les programmes d'établir des méthodes d'évaluation explicites en raison de cette complexité et du fait que les programmes intègrent rarement la composante évaluation dans leur conception... [par conséquent], le niveau d'évaluation des programmes d'alphabétisation familiale n'est souvent que légèrement supérieur à celui de simples témoignages (p. 20 – traduction libre).

Depuis, l'évaluation des programmes est devenue plus régulière. Toutefois, le même niveau de complexité et de diversité des programmes existe et les différences dans la prestation par les provinces et les territoires continuent à représenter un défi pour la recherche, particulièrement pour ce qui est de la définition et de l'évaluation des résultats comparables.

Cette absence de données comparables se manifeste dans le cadre des recherches effectuées dans les quelques collections canadiennes de recherche sur l'alphabétisation. D'abord, il est rare que l'on trouve plus d'une étude publiée sur une initiative donnée (le programme PRINTS – Parents' Roles Interacting with Teacher Support – est une exception). Deuxièmement, le nombre d'études publiées – ou du moins, celles incluses dans les collections – est extrêmement limité. Une source a fourni plus d'une centaine de résultats pour « family literacy », mais après examen, seul un petit nombre de ces résultats étaient vraiment des études de recherche. Selon la chercheuse, dans l'ensemble des collections ayant fait l'objet de la recherche, il y avait moins de 60 études de recherche sur l'alphabétisation familiale. Enfin, il y a une différence considérable dans la portée et la conception des différentes études (p. ex. certaines font le compte rendu d'initiatives individuelles alors que d'autres ont une portée provinciale; et, la conception peut être ethnographique, descriptive ou évaluative).

Le nombre d'études en français est encore plus limité. L'analyse a permis de repérer une étude de recherche en cours (Letouzé, 2006), qui évalue les répercussions des programmes d'alphabétisation familiale dans les communautés minoritaires francophones de l'Ontario (il s'agit d'une étude quinquennale de cohortes multiples à laquelle participent sept différents centres, qui offrent cinq programmes distincts). À part cette étude, les plus récentes études repérées étaient de nature descriptive ou analytique (Duguay, 2004; Pierre, 2003) et pourraient légitimement être comparées au travail effectué par Thomas et Skage en 1998. Ce nombre limité d'études n'est peut-être pas surprenant compte tenu de la situation minoritaire des francophones presque partout au pays, mais les analyses documentaires publiées au milieu des années 1990 indiquent qu'à cette époque (Desjardins, 1996; Gaudet, 1994; Roy, 1995), le milieu francophone a puisé dans les mêmes concepts et principes de l'alphabétisation familiale et dans la même base de recherche que le milieu anglophone.

Les résultats de l'analyse suggèrent que, dix ans après Thomas, « il n'y a toujours pas de stratégie cohérente en place pour mettre au point une base de recherches canadiennes en alphabétisation familiale » (p. 21 – traduction libre). Cette situation contraste avec celle des États-Unis, où les modèles comme Even Start and Head Start, grandement répandus et appuyés par les fonds publics, ont facilité la comparaison croisée et l'évaluation des programmes et des résultats, malgré les variations dans les programmes locaux.

De plus, la recherche canadienne existante, particulièrement celle du milieu communautaire, n'est souvent pas facile d'accès. L'accessibilité limitée des outils et collections de recherches universitaires diminue l'accès à beaucoup de ressources publiées. Il n'est pas rare de trouver des références et des évaluations traitant d'études qui n'ont pas été publiées (p. ex. rapports d'évaluation remis à des bailleurs de fonds gouvernementaux). Compte tenu de ces lacunes au niveau des données et de l'accès, les résultats sur la recherche canadienne n'ont pas une grande importance dans la discussion ou les conclusions du présent rapport.



Définition de l'alphabétisation familiale

Beaucoup des analystes font remarquer que définir l'alphabétisation familiale est le premier et le plus important défi de tout examen de la question. Ce défi vient des multiples définitions de l'alphabétisation familiale, chacune ayant des conceptions différentes de ses méthodes et objectifs (Desjardins, 1996; Gaudet, 1994; Alphabétisation Nouveau-Brunswick, 2000; Thomas, 1998). Toutefois, il a été noté que « les tentatives du côté de la théorie et de la pratique semblent avoir les points suivants en commun : reconnaissance de l'importance de la famille dans l'alphabétisation et objectif de briser le cycle de l'analphabétisme » (Alphabétisation Nouveau-Brunswick, p. 5). A. Thomas a établi des distinctions (1998) :

- * *Alphabétisation familiale* s'entend des nombreuses façons dont les familles développent et utilisent leurs capacités de lecture et d'écriture pour accomplir des tâches et des activités quotidiennes... [et]
- * *Projet d'alphabétisation familiale* s'entend d'un vaste éventail d'initiatives qui reconnaissent le rôle de la famille dans l'alphabétisation de ses membres et qui visent à aider les familles à s'alphabétiser et à obtenir des ressources d'alphabétisation... (p. 6).

Ensemble, ces énoncés suggèrent que les interventions en alphabétisation familiale appuient l'acquisition et l'utilisation des capacités de lecture et d'écriture dans les familles de façon à briser le cycle manifeste du faible niveau d'alphabétisme, dont les origines et les solutions se situent au sein de la famille elle-même. Le fait de briser ce cycle est considéré essentiel au bien-être général des membres de la famille, puisque l'alphabétisation est essentielle à la réussite scolaire, qu'elle améliore les possibilités d'emploi de la personne et qu'elle exerce une influence sur le niveau de revenu, soit des facteurs qui, de pair avec l'alphabétisation elle-même, détermineront l'accès aux ressources requises pour assurer la santé.

L'intervention en alphabétisation familiale utilise un certain nombre de différentes méthodes pour atteindre ses buts. Toutefois, le modèle le plus complet d'alphabétisation familiale (et celui le plus souvent cité) consiste en quatre éléments :
1) instruction en matière de capacité de lecture et d'écriture ou éducation aux

adultes de base à l'intention des parents; 2) éducation sur les compétences parentales et la santé; 3) programmes préscolaires et de développement de la petite enfance; et 4) temps partagé par les parents et les enfants (Jay, 2000; Alphabétisation Nouveau-Brunswick, 2000; Thomas, 1998). Les variations notées dans la pratique sont attribuables au fait que différents fournisseurs offrent ces composantes selon différentes combinaisons, dans différents milieux et à différentes intensités. Ce modèle générique fait ressortir le fait que la plupart des programmes d'alphabétisation mettent autant l'accent, sinon plus, sur le développement du parent que sur celui de l'enfant.



Définition de la santé

Le concept de la « santé » est une autre notion complexe qui n'est pas facile à définir ou à mesurer, comme l'illustrent les définitions de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et de l'Agence de santé publique du Canada (ASPC). Le premier organisme définit la santé comme « un état de total bien-être physique, psychologique et social, et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités » (OMS, 2005, p. 1). Sa division du concept en bien-être physique, psychologique et social démontre à quel point il est difficile de conceptualiser la « santé » ou d'en discuter comme un aspect centralisé.

La tendance consistant à subdiviser le concept est encore plus prononcée dans la définition de l'ASPC, qui considère la santé comme « ... une capacité ou une ressource ... [et] tient compte de l'éventail des facteurs liés aux environnements social, économique et physique qui influent sur la santé ... » (ASPC, 2002). Ces facteurs contributifs, aussi appelés « déterminants de la santé », comprennent le revenu et le statut social; l'éducation et l'alphabétisme; les réseaux de soutien social; les pratiques de santé personnelles et les capacités d'adaptation; le sain développement de l'enfant; les environnements sociaux et physiques (2003). Cette conception de la santé, comme « une capacité ou une ressource » produite par de multiples déterminants, sous-entend qu'un changement touchant à un quelconque déterminant aurait un effet correspondant sur la santé personnelle. Il s'agit là du fondement de l'approche axée sur la santé de la population, qui est au cœur de la politique de santé publique actuelle du Canada.

Cette notion a des répercussions pour la recherche dans la mesure où tout résultat mesuré qui a une influence sur la situation ou la condition d'un déterminant de la santé pourrait, sans doute, être considéré comme un « résultat pour la santé ».

Du point de vue de la recherche sur l'alphabétisation familiale, cela laisse entendre que toute amélioration mesurée dans les capacités de lecture et d'écriture des enfants, ou toute preuve d'un lien accru entre parents et enfants pourrait, en rapport au déterminant correspondant (p. ex. « éducation et alphabétisme » et « réseaux de soutien social » – ou au résultat groupé du « sain développement de l'enfant »), être considérée comme un résultat valide pour la santé de l'alphabétisation familiale. Selon cette norme, une grande partie des programmes d'alphabétisation familiale pourraient légitimement se vanter de produire des résultats pour la santé. L'utilisation du cadre conceptuel des déterminants de la santé démontre comment d'autres résultats de l'alphabétisation familiale peuvent se traduire par des résultats pour la santé.

Façon dont l'alphabétisation familiale influe sur la santé

La notion des effets directs et indirects de l'alphabétisation, brièvement expliquée ici, amène une nouvelle dimension à la discussion sur la façon dont l'alphabétisation familiale a des répercussions sur la santé.

B. Perrin décrit ces effets dans une étude de profil présentée à Santé Canada en 1998. Ce document explique que de faibles capacités de lecture et d'écriture peuvent avoir un effet direct sur la santé quand les gens sont incapables de trouver ou de comprendre l'information essentielle à la protection et au maintien de la santé. Cette incapacité peut entraîner et entraîne souvent « une utilisation incorrecte des médicaments... un défaut de respecter les directives du médecin... des erreurs dans la préparation du lait maternisé... et(ou) des risques pour la santé dans le lieu de travail, dans la collectivité et à la maison » (p. 12-13). Les résultats de telles erreurs peuvent aller des légers dérangements aux blessures graves. L'exemple de la préparation du lait maternisé démontre comment le faible niveau d'alphabétisation des parents présente autant de risques pour la santé de leurs enfants que pour la leur.

Les effets indirects de l'alphabétisation sur la santé sont plus difficiles à quantifier, mais peuvent être compris (comme dans l'exemple ci-dessus) quand on pense à la puissante influence composite qu'exerce l'alphabétisation sur les autres déterminants de la santé. Dans sa discussion, B. Perrin inclut d'autres exemples de l'influence de l'alphabétisation sur les déterminants de la santé « conditions de vie et de travail » et « pratiques personnelles liées à la santé et capacité d'adaptation », de même que sur l'accès à l'information sur la santé et aux services de santé.

La définition de la santé qui précède et la description des effets directs et indirects de l'alphabétisation jettent les bases d'une analyse conceptuelle de la façon dont les différentes composantes de la pratique de l'alphabétisation familiale peuvent influencer sur la santé. (Dans la section qui suit, les déterminants de la santé sont indiqués en **caractères gras**).



Scolarité et alphabétisme des parents

Le fait d'accroître les capacités de lecture et d'écriture d'un parent peut augmenter sa capacité de lire et de comprendre de l'information essentielle sur la santé et la sécurité, ce qui réduit le risque d'erreurs dans l'administration des médicaments, dans la préparation du lait maternisé ou dans le respect des directives. Cela atténue les effets directs sur la santé du faible niveau d'alphabétisation et représente une amélioration des **pratiques de santé personnelles** et de la **capacité d'adaptation**.

De plus, un niveau d'alphabétisation accru peut faire augmenter le niveau d'**emploi** du parent, entraînant ainsi de meilleures **conditions de travail**, un **revenu** et un **statut social** plus élevés et, possiblement, de meilleurs **environnements physiques** (p. ex. conditions de vie à domicile). Cela atténue les effets indirects d'un faible niveau d'alphabétisation sur la santé du parent et sur celle de l'enfant grâce à un plus grand accès aux nécessités de la vie.

Compétences parentales et éducation à la santé

Un enseignement ciblé en matière de compétences parentales et de concepts sanitaires fournit aux parents de l'information et des stratégies concrètes pour appuyer et améliorer le développement cognitif (p. ex. **alphabétisation**), social et physique de leur enfant (c.-à-d. sain développement de l'enfant). Ce type d'enseignement peut réduire les risques immédiats d'un faible niveau d'alphabétisation sur la santé de l'enfant et du parent, en améliorant les **pratiques de santé personnelles** et les **capacités d'adaptation** des parents, et leur capacité d'accès aux **services de santé** et à l'information. La participation à des activités d'apprentissage fournit aussi l'occasion aux parents d'utiliser et de parfaire leurs capacités de lecture et d'écriture.

Développement de la petite enfance et de l'enfant d'âge préscolaire

Les programmes de développement de la petite enfance et de l'enfant d'âge préscolaire appuient l'acquisition précoce de compétences cognitives et sociales (c.-à-d. **sain développement de l'enfant**, **réseaux de soutien social**, **environnements sociaux**), ce qui augmente l'état de préparation à l'école et, par extension, la possibilité d'une

réussite scolaire continue et l'atteinte d'une stabilité économique. Cela réduit la probabilité de résultats de santé négatifs causés comme effet indirect d'un faible niveau d'alphabétisation.

Temps partagé par les parents et les enfants

Cet élément du modèle d'alphabétisation familiale fait référence au temps que partagent les parents et les enfants dans le cadre d'activités de lecture et de jeu. Habituellement, les activités sont structurées pour promouvoir le maximum de gains cognitifs. L'interaction positive entre les parents et les enfants favorise des liens familiaux forts et un sain développement social (c.-à-d. **réseaux de soutien social**, environnements sociaux), ce qui encourage le **sain développement de l'enfant** en général.

Cette analyse propose une série d'hypothèses sur la façon dont l'alphabétisation familiale peut influencer sur la santé. La section qui suit examine la mesure dans laquelle la recherche actuelle appuie chacune de ces hypothèses.



Que démontrent les résultats probants?

La présente section examine les résultats de quatre études repérées dans le cadre de l'analyse et évalue la mesure dans laquelle ils peuvent être considérés comme des résultats pour la santé, selon l'approche axée sur la santé de la population. Elle fait aussi ressortir tous les résultats indiquant des pratiques prometteuses qui pourraient, selon la force de la preuve fournie et la corrélation avec les déterminants de la santé, exercer une plus grande influence sur la santé de l'enfant et de la famille.

Deux des articles qui suivent ont été choisis en raison de l'accent clair et distinct mis sur le concept de la santé. Les deux autres ont été choisis à cause de l'accent mis sur des modèles clés de prestation, de la force de leurs conceptions de recherche, ainsi que de la portée et de la généralisation ultérieures possibles de leurs résultats.

Le premier article examine les conclusions de quatre études sur les services de santé du programme Head Start (O'Brien, Connell et Griffin, 2004). Le deuxième et le troisième articles décrivent les résultats d'évaluations à grande échelle de programmes de développement de la petite enfance, p. ex. Head Start (Anderson et al., 2003) et le programme d'alphabétisation familiale Even Start (St. Pierre et Ricciuti, 2005). Le dernier (Herman et Mayer, 2004) présente les résultats d'une initiative unique visant à offrir une formation sur l'autogestion en matière de santé aux parents des enfants du programme Head Start.

O'Brien, Connell & Griffin (2004)

O'Brien, Connell et Griffin (2004) ont étudié les conclusions d'une étude descriptive nationale des services de santé du programme Head Start menée en 1996 et ont résumé les résultats de trois évaluations effectuées antérieurement. Il s'agit d'un des deux articles repérés qui mettent clairement l'accent sur la santé.

Dans le cadre du programme Head Start, tous les programmes sont tenus d'offrir une gamme de services de santé. Le but de ces services consiste à s'assurer que :

« ...les enfants participants ont des contrôles et des examens de santé... reçoivent

les vaccins requis...et le traitement qui convient...pour tous les problèmes de santé détectés... [et] pour éduquer les parents et leur donner les moyens...de négocier eux-mêmes avec le système de soins de santé » (p. 163 – traduction libre).

Les services médicaux sont coordonnés par le personnel du programme Head Start et fournis aux participants au moyen des services locaux disponibles. Ces services ont fait l'objet de trois études d'évaluation résumées par les auteurs. Dans chaque étude, l'examen des dossiers médicaux des enfants a démontré que les participants du programme Head Start étaient plus susceptibles que les enfants ne participant pas au programme de recevoir les examens médicaux, l'immunisation et les autres services de prévention convenant à leur âge. Selon une citation d'O'Brien et al. : le ratio de Fosburg (1984) était de « 86 % à 68 % » pour ce qui est des examens médicaux; Hale, Seitz et Zigler's (1990) ont constaté que « les enfants du programme Head Start subissaient davantage de tests de tuberculose, d'évaluations de la tension artérielle et de dépistages de la surdité et des troubles de la vue que les enfants de classe moyenne [du groupe de contrôle] »; et, selon Brush, Gaidurgis et Best (1993) « dans tous les programmes de déclaration, le traitement médical était fourni en moyenne à 97 % des enfants ayant besoin de tels services » (p. 164 – traduction libre). Bien qu'on ait fourni la preuve que les services de santé ont été dispensés, rien ne prouve que la santé a été améliorée. Pourtant, comme le programme Head Start exerce une influence directe sur un déterminant de la santé (« services de santé ») en fournissant ces services, on pourrait lui donner le crédit de possiblement produire des résultats pour la santé des enfants.

L'étude descriptive de 1996 reposait sur un examen des dossiers médicaux des enfants du programme Head Start, de même que sur des entrevues avec le personnel du programme et plus de 1 000 familles desservies par Head Start à 40 endroits du pays où le programme était offert. Comme les évaluations précédentes, cette étude a conclu que les enfants ont reçu les examens physiques, les examens dentaires, la vaccination et les autres services de dépistage préventif requis (p. 174).

L'étude a aussi permis de constater les résultats suivants relativement à la participation aux services d'éducation sanitaire du programme Head Start : presque tous les parents interrogés ont indiqué avoir discuté à la maison de sujets traitant de la santé avec leurs enfants [et], des améliorations des comportements en matière de santé de l'enfant ou de l'adulte après l'adhésion au programme Head Start ont été signalées par les deux tiers des parents (p. 174).



Bien que cette preuve de changement de comportement ne constitue pas une mesure directe de la santé, la sensibilisation et de tels changements de comportement représentent clairement une amélioration des pratiques de santé personnelles et des capacités d'adaptation des parents et des enfants, et pourraient par conséquent être considérés comme un résultat pour la santé découlant de l'intervention. Ce résultat est particulièrement important quand on sait que le personnel de Head Start a déterminé que « ...la faiblesse des compétences parentales...[et]...la mauvaise nutrition...» (p. 166 – traduction libre) sont deux des facteurs de risque pour la santé les plus souvent présents. Ainsi, ce résultat prouve d'une certaine façon les bienfaits de l'éducation en matière de santé offerte aux parents et aux enfants.

Les quatre études examinées dans le cadre de cet article prouvent les répercussions du programme Head Start sur la santé, en vertu du fait que le programme facilite l'accès aux services de santé et qu'il semble améliorer les pratiques de santé personnelles et les capacités d'adaptation des familles.

Anderson et al. (2003)

Le deuxième article, d'Anderson et al. (2003), propose un examen systématique d'une étude d'évaluation effectuée sur les programmes de développement de la petite enfance offerts en établissement aux États-Unis. Cet examen a évalué quatre catégories de résultats – aspects cognitifs, aspects sociaux, aspects liés aux dépistages en matière de santé de l'enfant et aspects liés à la famille. Ses conclusions reposaient sur les résultats de 16 études (dans 23 rapports) choisies à partir d'une liste de plus de 2 000 articles repérés au moyen d'une recherche documentaire. Pour être acceptées, les études devaient :

- * présenter une évaluation d'un programme de développement de la petite enfance...
- * avoir été publiées en anglais entre 1965 et 2000,
- * comparer les résultats de groupes de personnes exposées à l'intervention à ceux de groupes de personnes non exposées ou moins exposées à l'intervention...

- * évaluer les résultats définis par le cadre analytique établi pour l'intervention (p. 35 – traduction libre).

Les conclusions finales des auteurs étaient les suivantes : « les programmes de développement de la petite enfance sont recommandés compte tenu de la forte évidence de leur efficacité lorsqu'il s'agit de prévenir les retards dans le développement cognitif et d'accroître le niveau de préparation à apprendre, comme l'indiquent les réductions de la reprise d'une année scolaire et du placement en éducation de l'enfance en difficulté » (p. 40 – traduction libre).

Comme indiqué dans une section précédente, les évaluations du développement cognitif constituent des évaluations littérales d'un aspect de la santé de l'enfant. Il n'est donc pas nécessaire d'interpréter ce résultat à partir d'une perspective de santé de la population pour déterminer la présence d'un résultat pour la santé, puisque ce résultat (c.-à-d. sain développement de l'enfant) est établi.

Un point à souligner est l'absence de toute preuve scientifique de résultats sociaux chez les enfants comme effet de leur participation à des programmes de développement de la petite enfance. À ce sujet, les auteurs ont posé comme principe que « ...le manque de mesures standardisées et les défis que pose la mise en place d'un suivi longitudinal pourraient avoir contribué au manque de preuves dans ce domaine » (p. 38 – traduction libre). Quelle que soit la raison, il s'agit d'un résultat surprenant qui soulève des questions sur l'efficacité de tels programmes. Dans l'analyse finale, cette étude ne pouvait proclamer qu'un seul résultat pour la santé de la participation aux programmes de développement de la petite enfance des États-Unis.

St. Pierre & Ricciuti (2005)

St. Pierre et Ricciuti (2005) ont fait connaître les résultats d'une évaluation des programmes d'alphabétisation familiale Even Start, à partir des évaluations de 18 initiatives représentatives desservant 309 familles. L'étude a évalué 25 résultats différents, dont la majorité évaluait les niveaux d'alphabétisation de l'enfant et du parent. Ces évaluations ont été effectuées à trois moments sur une période de deux ans (un pré-test administré au moment de l'adhésion, un post-test à la fin de l'année Even Start et un suivi un an après la fin du programme). Un groupe de contrôle de 154



familles a été évalué à partir des mêmes indicateurs au cours des mêmes périodes. Ces familles ne participaient pas au programme Even Start, bien qu'elles aient répondu aux critères d'admissibilité. De plus, pour des raisons d'ordre éthique, on ne leur interdisait pas l'accès à des services comparables (p. ex. Head Start) durant la période couverte par la recherche.

D'autres indicateurs des résultats Even Start évaluaient : les niveaux de participation du parent et de l'enfant aux services en fonction des services disponibles; les habiletés sociales des enfants telles qu'évaluées par leurs professeurs; la qualité des environnements scolaires; et la qualité des directives fournies aux enfants.

Pour ce qui est des capacités de lecture et d'écriture du parent et de l'enfant au post-test, les auteurs indiquent que « les données recueillies auprès des familles participant au programme Even Start indiquent que les enfants et les parents ont fait des gains entre le pré- et le post-test relativement à de nombreux indicateurs des capacités de lecture et d'écriture » (p. 960 – traduction libre). Ce résultat indique une amélioration dans le développement cognitif de l'enfant, un aspect que nous avons précédemment déterminé être une preuve du sain développement de l'enfant et, un résultat pour la santé. Dans le même ordre d'idées, la preuve des gains parentaux indique une amélioration de l'instruction et des capacités de lecture et d'écriture comme déterminants de la santé, ce qui représente aussi un résultat pour la santé.

Pour ce qui est des évaluations des aptitudes sociales des enfants, « À l'école primaire (mais pas au niveau préscolaire), les enfants du programme Even Start ont été évalués...par leurs professeurs comme ayant beaucoup moins de problèmes de comportement que ceux du groupe de contrôle » (p. 962 – traduction libre). Ce résultat indique un développement social sain, qui, combiné à des résultats positifs en matière de développement cognitif, démontre fortement le sain développement de l'enfant résultant de la participation au programme Even Start.

Les gains mentionnés ci-dessus peuvent être considérés comme des résultats positifs de la participation aux programmes Even Start. Pourtant, le résultat le plus surprenant et pertinent de cette évaluation était, à chaque point, le suivant :

...les données recueillies auprès des familles qui étaient...assignées à un groupe de contrôle indiquent que, comparativement aux familles participant au programme Even Start, les enfants et les parents ont fait le même genre de gains du côté des

évaluations des capacités de lecture et d'écriture, des constatations des parents face aux capacités de lecture et d'écriture des enfants, de la lecture parent-enfant, des ressources d'alphabétisation à la maison, etc....(p. 961 – traduction libre).

Ces résultats semblent annuler la preuve du rôle du programme Even Start dans les gains précisés ci-dessus.

Cela a amené les auteurs à examiner si la preuve pourrait démontrer un lien quelconque entre les niveaux de participation de l'enfant et du parent aux services disponibles et les gains enregistrés du côté des capacités de lecture et d'écriture. Il s'agissait là d'une des trois analyses « non-expérimentales » des données. Cette analyse a permis de constater que :

- * il existe un lien positif entre le nombre d'heures que les enfants consacrent à l'éducation durant la petite enfance et les notes qu'ils obtiennent à trois sous-tests WJ-R...
- * il existe **un lien positif entre le nombre d'heures que les parents consacrent à l'éducation en matière de compétences parentales et les notes que leurs enfants obtiennent** au PPVI-III, de trois sous-tests WJ-R..., et au regroupement WJ-R des compétences du développement de la petite enfance;
- * il y a un lien négatif entre le nombre d'heures que les parents consacrent à l'éducation aux adultes et les notes que leurs enfants obtiennent à deux sous-tests WJ-R; et
- * il n'y a pas de lien entre le nombre d'heures que les parents consacrent à l'éducation aux adultes ou à l'éducation sur les compétences parentales et les notes qu'ils obtiennent aux évaluations des parents (p. 965 – traduction libre).

À d'autres points de l'article, les auteurs ont indiqué que « ...les examens de la recherche menée dans le domaine ont permis de conclure que l'éducation sur les compétences parentales, par elle-même, n'a pas de répercussions sur les résultats pour l'enfant » (p. 954 – traduction libre). Pourtant, les résultats mentionnés ci-dessus suggèrent qu'une participation accrue à l'éducation en matière de compétences parentales peut améliorer, pour certains indicateurs, les résultats des enfants aux tests.



Plus tard, les auteurs affirment aussi que « le très faible niveau d’alphabétisation des parents du programme Even Start est susceptible de contrecarrer leur capacité d’être de bons professeurs pour leurs enfants... » (p. 966-traduction libre). Cette affirmation serait catégoriquement contredite par de nombreux collaborateurs clés de la base de recherche fondamentale sur laquelle repose la pratique de l’alphabétisation familiale, dont Elsa Auerbach (1989), l’instigatrice de « l’approche sociale contextuelle » maintenant largement validée « dans laquelle les préoccupations communautaires et les pratiques culturelles sont prises en compte dans l’élaboration des programmes » (p. 1 – traduction libre). Le fait qu’un des propres résultats de l’étude amoindrisse cette affirmation est toutefois suffisant.

Dans l’évaluation de l’étude portant sur la qualité de l’instruction fournie aux enfants, les auteurs affirment que « ...beaucoup des employés Even Start travaillant à l’éducation de la petite enfance n’élargissaient que rarement les idées ou l’information présentée par les enfants » (p. 959 – traduction libre). Ils poursuivent en expliquant que :

...de la recherche récemment effectuée a fait ressortir la pertinence particulière des compétences linguistiques et du raisonnement comme précurseurs et outils, tant pour la lecture que pour la résolution générale des problèmes, surtout pour les enfants de familles à faible revenu... Ainsi, les enfants n’obtiennent pas ce que la recherche juge qu’ils ont besoin...pour atteindre les résultats escomptés... (p. 960 – traduction libre).

Selon cette évaluation, les auteurs semblent suggérer que les enfants ont *particulièrement* besoin d’une conversation réceptive et stimulante et qu’ils ne l’obtiennent pas dans le cadre du programme Even Start. S’il s’agit d’une interprétation exacte, il semble y avoir peu de fondements pour réfuter la capacité qu’a le parent d’enseigner à son enfant à partir de ses propres capacités limitées de lecture et d’écriture.

Herman & Mayer (2004)

La dernière étude, de Herman et Mayer (2004), consigne les résultats d’un projet-pilote unique qui évaluait l’influence de la formation en autogestion de la santé

fournie conjointement à un livre facile à lire d'efforts autonomes sur l'utilisation par les parents du programme Head Start des services de santé d'urgence. L'étude a été effectuée à quatre sites volontaires, auprès de 406 parents, qui étaient plus au moins divisés également en groupes de contrôle et d'intervention à chacun des quatre sites. Les parents du groupe d'intervention ont reçu un livre (*What To Do When your Child Gets Sick*) et une formation en autogestion de la santé, alors que les parents du groupe de contrôle n'ont reçu que le livre. Tous les participants ont rempli un questionnaire avant l'intervention, mais seulement 224 en ont rempli un après l'intervention.

Dans le questionnaire préalable à l'intervention, un peu moins de la moitié de tous les parents (49 %) ont dit qu'ils se rendraient à la clinique ou qu'ils prendraient un rendez-vous chez le médecin à l'apparition de simples symptômes de la grippe. Seulement 1 % ont dit qu'ils consulteraient un livre pour obtenir de l'information (p. 3). Six mois après l'intervention, « les effets de la formation étaient évidents dans les réponses des parents à la question « Quand votre enfant est malade, où allez-vous d'abord pour obtenir de l'aide? » (p. 4 – traduction libre). En réponse à cette question, 69 % des parents du groupe de contrôle ont dit qu'ils appelleraient leur médecin, alors que 58 % des parents du groupe d'intervention ont affirmé qu'ils consulteraient un livre.



Conclusion

La question initiale posée dans le cadre du présent rapport était la suivante : *L'alphabétisation familiale a-t-elle un effet mesurable sur la santé?* La réponse à cette question est oui et non : tout dépend de ce qu'on évalue et de la façon d'interpréter cette évaluation.

À partir d'une interprétation étroite de la santé, l'analyse n'a pas repéré d'études qui évaluaient directement les résultats pour la santé, c.-à-d. qu'aucune étude ne traitait d'un état de santé précis avant la participation à un programme, ni d'une amélioration de cet état de santé comme résultat de la participation à un programme d'alphabétisation familiale. Toutefois, il y a de plus en plus de recherches qui suggèrent que l'alphabétisation familiale a le potentiel d'exercer une influence sur des résultats pour la santé définis dans un sens plus large.

La plus proche approximation d'une telle évidence était fournie par les quatre études examinées par O'Brien et al. (2004) et Herman et Mayer (2004). Néanmoins, la première n'a pu que démontrer que les enfants ont reçu des services de santé grâce à la participation au programme Head Start; alors que la deuxième a permis de constater des réductions dans l'utilisation des services médicaux d'urgence comme suite à une initiative ciblée de formation en autogestion de la santé. Aucune des études n'offrait la preuve d'une réelle amélioration de la santé. Toutefois, chacune d'elles a été en mesure de démontrer un effet positif sur un des déterminants de la santé, tels qu'établis par l'approche axée sur la santé de la population de l'Agence de santé publique du Canada.

La section « Façon dont l'alphabétisation familiale influe sur la santé? » a cerné de nombreux résultats possibles de la participation à l'alphabétisation familiale, de même que la façon dont ces résultats peuvent produire des bienfaits pour la santé, quand ils sont examinés selon une perspective de santé de la population. L'analyse de l'article suivant a indiqué que toutes les études sauf une pouvaient démontrer un effet positif sur l'état ou la condition d'au moins un déterminant de la santé (p. ex. le sain développement de l'enfant, les pratiques de santé personnelles et les capacités d'adaptation). Au moins, cela démontre le grand potentiel des programmes d'alphabétisation familiale pour améliorer la santé de l'enfant et de la famille en agissant sur les nombreuses différentes conditions qui la détermine.

Enfin, comme indiqué à la section « Définition de la santé », toute preuve de développement cognitif ou social chez les enfants (telle que démontrée par les augmentations mesurées au niveau de la capacité de lecture et d'écriture ou par des liens plus étroits entre les parents et les enfants) peut être considérée comme un résultat pour la santé, si l'on comprend que chacun des aspects est une composante centrale du sain développement de l'enfant. À cet égard, on peut considérer que beaucoup de programmes d'alphabétisation familiale produisent des résultats mesurables pour la santé, sous forme de gains sociaux ou cognitifs.

Deux des études mentionnées plus haut ont évalué l'efficacité du programme selon de tels résultats. Anderson et al. (2003) ont trouvé de fortes preuves à l'effet que les programmes de développement de la petite enfance (comme Head Start) produisent d'importants gains cognitifs pour les enfants, mais ils n'ont pas été en mesure de repérer de façon cohérente d'autres résultats sociaux ou familiaux. St. Pierre et Ricciuti (2005) ont évalué les gains en matière de capacités de lecture et d'écriture des enfants et des parents, mais ne pouvaient attribuer ces gains à la participation à un programme d'alphabétisation familiale (p. ex. Even Start). En fin de compte, aucune des études ne prouvait avec force l'efficacité de ces modèles. Toutefois, il faut se questionner sur les indicateurs d'alphabétisation utilisés – tous les pré- et post-tests standardisés. Il est concevable que certains des gains possibles puissent être mieux saisis au moyen d'indicateurs qualitatifs et sur de plus longues périodes de temps.

Comme les quatre études examinées mettaient l'accent sur des programmes américains pour lesquels il n'existe pas d'équivalents canadiens, il est possible que leurs résultats ne puissent pas nécessairement être généralisés. Parmi les modèles « types » décrits précédemment, le meilleur exemple du modèle « parents et enfants ensemble » est le programme Even Start des États-Unis. Le programme Head Start, d'un autre côté, est un exemple du modèle de « participation parentale », dans le cadre duquel on met l'accent sur l'alphabétisation de l'enfant et on recrute les parents en vue d'obtenir le soutien nécessaire. Ce sont les deux modèles dominants aux États-Unis et ils sont grandement appuyés par les fonds publics. Toutefois, comme l'ont démontré Anderson et al. (2003) et St. Pierre et Ricciuti (2005), il y a peu de preuves cumulatives ou fiables de l'atteinte des buts visés par ces programmes.



En revanche, il n'y a pas de telle uniformité dans la pratique au Canada, où le financement varie d'une province à l'autre, et où la pratique dépend grandement des capacités et des besoins locaux. Les interventions bien connues se classent dans les catégories suivantes des programmes d'alphabétisation familiale : « accent sur les parents » (p. ex. Learning and Parenting Skills), « participation des parents » (p. ex. Parent-Child Mother Goose, Centres de formation au rôle parental et de littératie pour les familles de l'Ontario) et « soutien et ressources communautaires d'alphabétisation familiale » (p. ex. Books for Babies) (Jay, 2000). Un examen de ces programmes suggère qu'une grande proportion des programmes canadiens mettent d'abord l'accent sur l'alphabétisation des parents ou les compétences parentales comme moyen d'appuyer l'alphabétisation des enfants et de forger des liens plus forts entre les parents et les enfants (Duguay, 2004; Nason et Whitty, 2004). Comme indiqué plus haut, en grande partie à cause de la diversité et de la complexité des programmes, il y a peu de recherche disponible sur l'efficacité des programmes au Canada. Pourtant, même aux États-Unis, où il y a peu de preuves à l'effet que les programmes Even Start et Head Start ont atteint leurs buts, les études susmentionnées offrent une preuve limitée de l'efficacité de l'éducation en matière de compétences parentales pour améliorer la santé de l'enfant et de la famille. À cet égard, on peut poser l'hypothèse que la pratique au Canada produit de nombreux bienfaits similaires à ceux des modèles américains, à une fraction de l'investissement. De récentes publications des milieux anglophone et francophone soulignent le fait que la pratique canadienne répond aux besoins définis à l'échelle locale et repose sur les capacités locales. Ainsi, la pratique reflète étroitement les buts et les pratiques de la politique de santé publique, telle que définie par l'approche axée sur la santé de la population. Cette approche « devient efficace lorsqu'elle est basée sur les analyses et la compréhension de toute la série des déterminants de la santé ... [elle] reconnaît l'interaction complexe qui existe entre les déterminants de la santé et utilise différentes stratégies et différents milieux pour agir sur ces déterminants en collaboration avec les secteurs hors du système ou du secteur de santé traditionnel » (ASPC, 2002).

Le Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE) et le Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP) de Santé Canada, qui offrent une gamme de services d'alphabétisation familiale et de soutien, illustrent ce type d'action à grande échelle (Nason et Whitty, 2004). Les programmes et initiatives de ce genre démontrent la reconnaissance croissante des bienfaits potentiels de l'alphabétisation familiale pour les enfants, les familles et les communautés et sont la preuve que

la pratique de l’alphabétisation familiale taille lentement sa place dans la gamme standard des services sociaux disponibles.

Bien que l’alphabétisation des enfants et des parents puisse être le but initial des programmes d’alphabétisation familiale, la santé est leur objectif ultime. Grâce à la force de l’analyse conceptuelle et des résultats de recherche qui précèdent, l’actuelle initiative d’élaboration d’un module de formation sur l’alphabétisation familiale et la santé tombe à point nommé et peut être perçue comme étant particulièrement pertinente.

La documentation suggère la nécessité d’une étude longitudinale ciblée sur les liens précis et les résultats découlant de ces initiatives.



Références

- Agence de santé publique du Canada. (2002). *Santé de la population*. Repérage le 29 avril 2007 au <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/approche/index.html>.
- Anderson, L.M., Shinn, C., Fullilove, M.T., Scrimshaw, S.C., Fielding, J.E., Normand, J. et Garande-Kullis, V.G. (2003). The effectiveness of early childhood development programs. *American Journal of Preventive Medicine*, 24(3S), 32-46.
- Auerbach, E.R. (1989). Towards a social-contextual approach to family literacy. *Harvard Educational Review*, 59(2), 165-181.
- Berkman, N.D. et al. (2004). *Literacy and health outcomes*. [Evidence Report/Technology Assessment, Number 87]. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Desjardins, J.Y. (1996). *Outil de réflexion pour une intervention en alphabétisation familiale*. [Québec] : Les commissions scolaires des régions de Québec, Chaudière-Appalaches.
- Duguay, R., Bernard, L. et Deschênes-Doucet, C. (2004). *Répertoire commenté : Matériel d'animation en alphabétisation familiale*. Moncton, NB : Université de Moncton, Groupe de recherche en petite enfance. Repérage le 8 avril 2007 dans le site Web de l'Agence de santé publique du Canada au http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/pubs/lang/pdf/repertoire_commente.pdf.
- Hauser, Jo et Peggy Edwards. Literacy, Health Literacy and Health: A Literature Review. Préparé pour le Groupe d'experts sur les compétences en matière de santé, Association canadienne de santé publique (publication à venir en 2007).
- Herman, A.D. et Mayer, G.G. (2004). Reducing the use of emergency medical resources among Head Start families: A pilot study. *Journal of Community Health* 29(3), p. 197.
- Hertzman, C. et Wiens, M. (1996). Child development and long-term outcomes: A population health perspective and summary of successful interventions. *Social Science & Medicine*, 43(7), 1083-1095.
- Letouzé, S. (2006). *Pour mon enfant d'abord: Étude de l'impact de l'alphabétisation familiale sur les familles vivant en milieu minoritaire*. Ottawa, ON : Coalition francophone pour l'alphabétisation et la formation de base en Ontario.
- McCain, M. et Mustard, J. F. (1999). *Reversing the Real Brain Drain: The Early Years Study*. Toronto, ON : Ontario Children's Secretariat.
- Nason, P.N. et Whitty, P.A. (2004). *Language, literacy and healthy development: The work of CAPC and CPNP projects*. NB : Université du Nouveau-Brunswick, The Early Childhood Centre. Repérage le 8 avril 2007 à partir du site Web de l'Agence de santé publique du Canada au <http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/pubs/lang/pdf/literacy.pdf>.
- Nickse, R.S. (1991). *A typology of family and intergeneration literacy programs: Implications for evaluation*. Document présenté à la réunion annuelle de l'American Educational Research Association, Chicago, Illinois, le 3 avril 1991.
- Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture. (2005). *Literacy portal*. Accès le 22 avril 2007 au http://portal.unesco.org/education/en/ev.php-URL_ID=40338&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html.
- Organisation mondiale de la Santé. (2006). *La Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé*. 45^e édition, suppl. Repérage le 22 avril 2007 au http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf.

- Pierre, R. (2003). *L'éveil à l'écrit en contexte familial*. Montréal: Université de Montréal, Groupe de recherche sur l'alphabétisation et l'acquisition de la littératie. Repérage le 23 mars 2007 à partir du site Web du Coin de la famille au <http://www.coindelafamille.ca/outils/download/195/195.pdf>.
- Perrin, B. (1989). *Literacy and health project: Phase one: Making the world healthier and safer for people who can't read*. Toronto, ON : Association pour la santé publique de l'Ontario et Frontier College. Repérage le 9 avril 2007 au <http://www.opho.on.ca/resources/literacy1research.pdf>.
- Perrin, B. (1998). *Effets du niveau d'alphabétisme sur la santé des Canadiens et des Canadiennes – Étude de profil*. Repérage le 7 avril 2007 dans le site Web sur la Santé de la population de l'Agence de la santé publique du Canada au http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/alphabetsme/aines_lit.html.
- Reach Out and Read (site Web du programme) : <http://www.reachoutandread.org/>.
- Santé Canada. (2005). *À propos – Santé Canada*. Accès le 22 avril 2007, au http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/activit/about-apropos/index_f.html.
- Smythe, S. et Weinstein, L. (2005). *Weaving literacy into family and community life*. Ottawa, ON : L'Association canadienne des programmes de ressources pour la famille.
- Société canadienne de pédiatrie (2006). *Paediatrics & Child Health* 2006; 11(9): 553-632. Repérage le 25 mai 2007 au http://www.pulsus.com/Paeds/11_09/contents.htm.
(Numéro consacré à l'alphabétisme chez les jeunes enfants)
- St. Pierre, R.G. (2005). Effects of a family literacy program on low-literate children and their parents: Findings from an evaluation of the Even Start family literacy program. *Developmental Psychology*, 41(6), 953-970.
- Statistique Canada. (1996). **Grandir au Canada : enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes**. Ottawa, ON : Développement des ressources humaines Canada.
- Thériault, J. ([2004]). *L'émergence de l'écrit ou l'éveil du jeune enfant à la lecture et à l'écriture*. [Québec] : ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport.
Repérage le 27 avril 2007 au <http://www.meq.gouv.qc.ca/DFGA/politique/eveil/renseignements/pdf/emergence.pdf>.
- Thomas, A. (Ed.). (1998). *Family literacy in Canada (1998): Profiles of effective practices*. Welland, ON : Soleil Publishing. Repérage le 14 mars 2007 dans la Base de données en alphabétisation des adultes au <http://library.nald.ca/item/117>.