

Ruralité, analphabétisme et santé : défis propres aux communautés acadiennes et francophones du nord-est du Nouveau-Brunswick

Nathalie Boivin

Numéro 23-24, printemps–automne 2007

L'espace rural francophone : perspectives multi/interdisciplinaires

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1005391ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1005391ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Les Presses de l'Université d'Ottawa
Centre de recherche en civilisation canadienne-française

ISSN

1183-2487 (imprimé)

1710-1158 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Boivin, N. (2007). Ruralité, analphabétisme et santé : défis propres aux communautés acadiennes et francophones du nord-est du Nouveau-Brunswick. *Francophonies d'Amérique*, (23-24), 31–44.
<https://doi.org/10.7202/1005391ar>

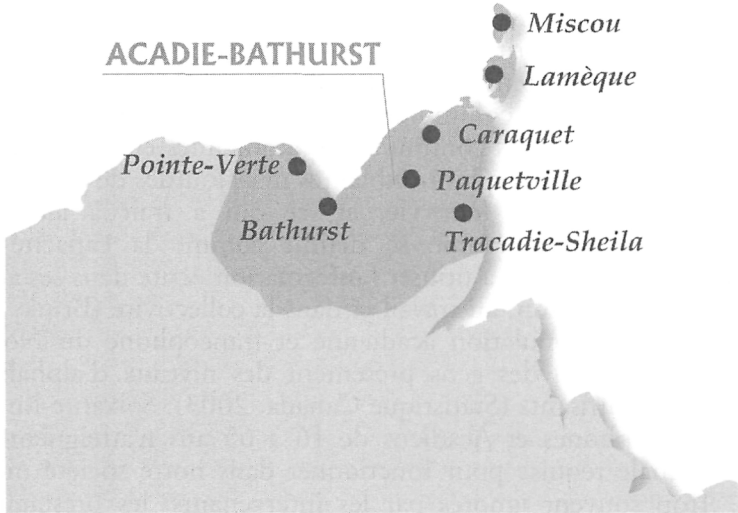
RURALITÉ, ANALPHABÉTISME ET SANTÉ : DÉFIS PROPRES AUX COMMUNAUTÉS ACADIENNES ET FRANCOPHONES DU NORD-EST DU NOUVEAU-BRUNSWICK

Nathalie Boivin
Université de Moncton,
Campus de Shippagan

Une portion importante des communautés francophones et acadiennes vit en milieu rural. En plus de vivre en milieu rural, nombre de communautés acadiennes et francophones du nord-est du Nouveau-Brunswick, tantôt minoritaires, parfois majoritaires au sein de la région qui les abrite, présentent des particularités socioculturelles qui les démarquent des autres communautés. Ainsi, outre leur langue, leur culture et leur histoire, les communautés acadiennes et francophones se distinguent par des statistiques troublantes mais lourdes de conséquences sur plusieurs aspects de leur vie, en ce qui a trait à leur niveau d'alphabétisme. L'alphabétisme se définit comme la capacité d'une personne à comprendre et à utiliser l'information écrite dans ses activités quotidiennes à la maison, au travail et dans la collectivité (Brink, 2006). Or, au sein de la population acadienne et francophone du Nouveau-Brunswick, 68 p. 100 des gens présentent des niveaux d'alphabétisme limités, voire insuffisants (Statistique Canada, 2003). Soixante-huit pour cent des francophones et Acadiens de 16 à 65 ans n'atteignent pas la norme minimale requise pour fonctionner dans notre société moderne actuelle. Trop souvent ignorés par les intervenants, les prestataires de services et les preneurs de décisions, ces taux peu reluisants d'alphabétisme ne sont pas sans conséquence pour ces communautés. Accès limité ou ignorance des services, perte de contrôle sur sa santé et sa destinée sont quelques exemples de ces conséquences qui présentent autant de défis propres à ces communautés. Plutôt que de baisser les bras devant de telles statistiques ou de les ignorer, le Réseau communauté en santé de Bathurst (RCSB), groupe de citoyens et de professionnels ayant à cœur de travailler à l'amélioration de la qualité de vie et de la santé, a choisi de les utiliser comme un tremplin vers le mieux-être de ces gens. Le récit de cette initiative vous sera présenté; nous y précisons les retombées positives recueillies à ce jour pour la communauté.

Le Nouveau-Brunswick, petite province canadienne située le long de l'océan Atlantique, dans l'hémisphère Nord, comptait, lors du recensement de 2001, 730 000 habitants répartis sur 71 355 kilomètres carrés (km²), soit une densité de population au km² de 10,2 personnes (Statistique Canada, 2002). Bien que relativement petite, la province du Nouveau-Brunswick présente des disparités importantes à l'intérieur même de son territoire. L'article portera sur l'une de ces régions, soit celle de la Régie régionale de la santé n° 6, celle d'Acadie-Bathurst, qui longe le littoral dans la portion nord-est du Nouveau-Brunswick couvrant une superficie de 4 673 km² (figure 1).

Figure 1
Étendue de la Régie régionale de la santé n° 6 d'Acadie-Bathurst



La première partie de ce texte décrira des particularités de la population desservie par la Régie régionale de la santé Acadie-Bathurst (RSAB) en utilisant le modèle de promotion de la santé de la population. Par la suite, nous mettrons l'accent sur un élément particulier : l'alphabétisme. Dans un troisième et dernier temps, un projet novateur de promotion de la santé de la population francophone du nord-est du Nouveau-Brunswick sera présenté au regard des retombées positives à ce jour pour cette population. L'initiative décrite nécessitait la participation de précieux partenaires : les francophones desservis par la Régie régionale de la santé n° 6, le Conseil Alpha Bathurst-Chaleur (CABC), l'équipe du

Nursing paroissial de la région de Bathurst, le Réseau communauté en santé de Bathurst, la RSAB, l'École de science infirmière de l'Université de Moncton, campus de Shippagan – site de Bathurst et, bien sûr, notre bailleur de fonds, Santé Canada, par l'entremise de la Société Santé en Français (SSF).

Des descripteurs de la situation déterminants

Le modèle de promotion de la santé de la population élaboré par Hamilton et Bhatti (1996) a été retenu pour guider la démarche entreprise. On le trouve sur le site Web de l'Agence de la santé publique du Canada à l'adresse suivante : [<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/psp/psp3.htm>], à la figure s'intitulant Modèle de promotion de la santé de la population.

Ce modèle, élaboré par Hamilton et Bhatti (1996), permet d'arrimer le corpus des connaissances portant sur les facteurs exerçant un effet déterminant sur la santé des gens à tout l'ensemble de stratégies de promotion de la santé élaborées dans le cadre de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé de 1986. L'intervenant qui utilise ce modèle pour appuyer et guider sa démarche est invité à sélectionner un ou des éléments sur chacune des faces du modèle puis à les mettre en relation afin de travailler à promouvoir la santé du client. Ainsi, la face supérieure invite à préciser le type de clients avec lequel l'intervenant travaille : individu, famille, collectivité, secteur ou encore l'ensemble de la société. Dans le cadre de cet article, le client consiste en une collectivité : l'ensemble des francophones du nord-est du Nouveau-Brunswick, précisément ceux de la région desservie par la Régie régionale de la santé n° 6. La face latérale permet de sélectionner la ou les stratégies retenues afin de promouvoir la santé du client. Cet article décrit une initiative qui mise sur la stratégie de renforcement de l'action communautaire. En effet, le projet vise à amener les membres de la collectivité à développer leur capacité de prise en charge afin, en premier lieu, de prendre conscience de l'amélioration potentielle de leur santé, et puis de travailler à améliorer leur santé individuelle et collective. Finalement, la face avant du modèle énumère l'ensemble des facteurs déterminants à considérer afin de décrire la situation globale de santé du client. Ces facteurs, appelés déterminants, comprennent les services de santé, le développement sain dans l'enfance, les habitudes de vie et les compétences d'adaptation personnelle, le patrimoine biologique et génétique, les environnements physiques, les conditions de travail, le niveau d'instruction, les réseaux de soutien social et, finalement, le revenu et la situation sociale. Depuis 1998, Santé Canada a ajouté trois déterminants de l'état de santé d'une population : le sexe, l'environnement

social et la culture. On reconnaît que les déterminants socioéconomiques tels que le revenu, l'emploi et l'éducation exercent l'impact le plus grand sur la santé d'une population. Dans cet article, seuls les déterminants socioéconomiques et celui de la culture seront décrits.

Sur le plan démographique, l'ensemble de la province du Nouveau-Brunswick, à l'instar du reste des provinces de l'Atlantique, est en perte de vitesse d'un peu plus de deux points de pourcentage (2,2 p. 100) depuis le recensement de 1991. La région sanitaire n° 6 ne déroge pas à cette tendance démographique à la baisse, présentant à son tour une diminution de près de huit points de pourcentage (7,8 p. 100) de sa population totale (voir le tableau 1 à la p. 36).

La culture

La majorité de la population de la région sanitaire n° 6 vit en milieu rural et parle français (langue maternelle) à la maison (voir le tableau 1). La portion anglophone de sa population se regroupe dans le centre urbain de Bathurst. La langue et la ruralité sont deux éléments qui distinguent la population de cette région de l'ensemble de la population du Nouveau-Brunswick, majoritairement urbain et anglophone, et qui influencent ses façons d'être, de recourir aux services de santé et d'interagir avec son environnement. Si la population francophone d'Acadie-Bathurst peut accéder à des services dans sa langue maternelle alors qu'elle évolue dans sa municipalité ou sa région, la réalité est tout autre lorsqu'elle a à se déplacer hors de sa région pour obtenir des services de santé spécialisés. Une étude menée par la Fédération des communautés francophones et acadienne (FCFA) a permis de déterminer que les barrières linguistiques influencent la qualité du service offert au client et augmentent le temps de consultation, le nombre de tests prescrits ainsi que la probabilité de faire une erreur (FCFA, 2001). La FCFA estime que l'accès aux services de santé est de trois à sept fois plus facile pour la population anglophone. La possibilité de recevoir des services dans sa langue constitue un facteur déterminant de la santé d'une population et du pouvoir qu'elle peut exercer sur sa santé.

Le revenu et l'emploi

Le revenu annuel moyen des gens de 15 ans et plus de la région ciblée est inférieur à celui de l'ensemble de la population du Nouveau-Brunswick (voir le tableau 1). La province recèle de nombreuses matières premières (mines, forêt et pêcheries) dont l'extraction constitue un moteur important de l'économie (Beaudin, 1999). Les emplois associés à

ces activités présentent cependant une précarité tributaire de la disponibilité de la ressource, de sa demande, du contexte économique et des politiques et quotas établis par les gouvernements fédéral et provincial. Bien que la façon de colliger les statistiques en matière d'emploi ne permette pas de refléter le caractère saisonnier de ces emplois, certains autres indicateurs nous renseignent, dont le recours aux transferts gouvernementaux. Le pourcentage du revenu annuel provenant de transferts gouvernementaux varie de 16,1 dans le centre urbain de Bathurst à plus de 35 dans certains petits villages de la région, alors que la moyenne provinciale de transferts gouvernementaux se situe à 17,3 p. 100 au Nouveau-Brunswick (Statistique Canada, 2002). Le taux de chômage chez les personnes de 15 ans et plus permet également d'estimer les difficultés liées au marché de l'emploi. Ainsi, le taux régional est près du double du taux provincial (voir le tableau 1). Ces données sont importantes puisque les chercheurs ont établi des liens directs entre le revenu et l'emploi d'une personne et son état de santé. L'état de santé de l'individu et de sa famille s'améliore de façon graduelle en fonction de l'emploi et du revenu. Pour une population vivant majoritairement en milieu rural, le revenu et l'emploi permettent de se doter d'un moyen de transport facilitant l'accès aux services de santé et aux installations de loisirs, favorisant ainsi la participation aux activités de la communauté. Le revenu disponible exerce également une influence déterminante sur les achats alimentaires effectués par une famille (Boivin, 2005). Les stratégies mises en œuvre par les familles détenant des revenus moindres peuvent compromettre la qualité de l'alimentation de leurs membres, entraînant un risque plus élevé de développer des problèmes de santé.

L'éducation

Depuis 1963, le Nouveau-Brunswick s'est doté d'une institution d'enseignement de niveau universitaire pour sa population francophone. Malgré sa présence, une portion importante de la population francophone de la région sanitaire n° 6 n'a pas complété ses études secondaires, comparativement à la population du Nouveau-Brunswick (voir le tableau 1). Ce niveau moindre d'éducation est d'autant plus important que son lien avec la capacité de décrocher un emploi stable et bien rémunéré, de vivre dans un environnement agréable, de s'impliquer dans sa communauté et d'adopter de saines habitudes de vie est bien documenté (Gillis, 2005).

La brève description de la population de la région sanitaire n° 6 selon quelques-uns de ses déterminants permet de saisir les défis propres aux francophones : ceux de la ruralité, du revenu, de l'emploi et de

l'éducation. Bien que le lien entre ces déterminants et l'état de la santé d'une population soit très documenté (Association canadienne de santé publique, 2002), les interventions en vue de rectifier cet état de choses tardent. Or, selon l'Association canadienne de santé publique du Canada, « l'une des meilleures façons de contribuer à la santé de la population [...] consiste à prendre des mesures positives afin d'offrir à tous les Canadiens la possibilité de recevoir une solide éducation et d'acquérir des capacités de lecture et d'écriture suffisantes » (2002). Qu'en est-il pour la région sanitaire n° 6?

Tableau 1
Portrait de la population de la région sanitaire n° 6
et de l'ensemble du Nouveau-Brunswick

Descripteurs	Région sanitaire n° 6	Nouveau-Brunswick
Population totale ¹	82 929	729 498
Variation (%) de la population entre 1991 et 2001 ²	- 7,8	- 2,2
Portion (%) de la population vivant en milieu rural ²	65,7	49,8
Portion (%) de la population dont le français est la langue maternelle ¹	83,7	32,9
Revenu personnel moyen (\$) des personnes de 15 ans et plus ¹	21 232	23 091
Taux (%) de chômage chez les personnes de 15 ans et plus en 2003 ³	17,3	10,6
Portion (%) de la population de 20 à 34 ans qui n'a pas terminé ses études secondaires ¹	24	17
Portion (%) de la population de 34 à 44 ans qui n'a pas terminé ses études secondaires ¹	37	26
Portion (%) de la population de 45 à 64 ans qui n'a pas terminé ses études secondaires ¹	50	37

Sources :

1. Statistique Canada, 2002, *Profil des communautés de 2001*.
2. Régie de la santé Acadie-Bathurst, décembre 2004, *Profil de santé de la population de la région n° 6*.
3. Statistique Canada, 2003.

L'alphabétisme chez les francophones

Les mesures pour favoriser l'alphabétisation vont bon train au Nouveau-Brunswick puisque l'accès à l'école y est universel et gratuit depuis 1967 et que, depuis 1997, le gouvernement s'est doté d'une loi

obligeant la population à fréquenter l'école jusqu'à l'âge de 18 ans. La dualité linguistique fait en sorte que les élèves fréquentent l'école dans leur langue maternelle dans un système scolaire reflétant davantage la culture de chaque groupe linguistique. Le décrochage scolaire demeure néanmoins une réalité qui touchait, pendant l'année 2003-2004, de deux à quatre points de pourcentage des élèves de la 7^e à la 12^e année des districts scolaires au Nouveau-Brunswick (Gouvernement du Nouveau-Brunswick, 1997; Nouveau-Brunswick, Ministère de l'Éducation, 2005). Ces statistiques ne présentent pas de tendance précise selon la langue de l'élève. Outre l'alphabétisation, liée à l'apprentissage de la lecture et de l'écriture, les experts utilisent le concept d'alphabétisme défini comme la capacité d'une personne à comprendre et à utiliser l'information écrite dans ses activités quotidiennes à la maison, au travail et dans la collectivité (Brink, 2006).

L'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes (EIIA) menée en 2003 a permis d'obtenir des données récentes quant aux compétences en alphabétisme. La compétence est évaluée en fonction de quatre domaines : la compréhension de textes suivis et de textes schématiques, la numératie et la résolution de problèmes. Une échelle a été élaborée dans le but de déterminer les différents niveaux associés aux individus selon ces domaines. Le niveau 3 correspond au niveau minimal requis pour fonctionner dans notre société actuelle. Au Nouveau-Brunswick, la population de 16 à 65 ans a obtenu des résultats inférieurs à ce niveau dans les quatre domaines de compétence en alphabétisme (voir le tableau 2 à la p. 38, Brink, 2006). Davantage de francophones que d'anglophones présentent des niveaux insuffisants de compétence en alphabétisme, précisément en matière de compréhension de textes suivis. Ces résultats influent sur la santé de la population francophone du nord-est du Nouveau-Brunswick. La personne recevant des instructions écrites de son médecin, de son pharmacien ou de sa nutritionniste, parce qu'elle est plus susceptible d'éprouver des difficultés de lecture et d'interprétation d'un texte écrit, peut commettre des erreurs importantes mettant en danger sa vie ou celle des siens. Ces erreurs peuvent survenir lors de la prise d'un médicament, de la préparation d'une solution à administrer à un enfant ou durant la gestion d'une maladie chronique à la maison.

L'approche holistique proposée par le modèle de promotion de la santé de la population permet de saisir l'acuité de la situation des francophones du Nouveau-Brunswick, qui s'exposent à des risques accrus pour leur santé. Des niveaux d'alphabétisme limités exercent des effets directs et indirects sur la santé des personnes et de leur famille. Des difficultés liées à la compréhension de l'information, à l'obtention des services, à

l'appartenance au système de santé et à l'interaction avec ses professionnels sont quelques-uns des effets directs subis par les personnes dont les compétences en alphabétisme sont limitées. La difficulté d'effectuer de bons choix en matière d'alimentation et la plus grande probabilité d'habiter des logements insalubres, de travailler dans des milieux dangereux et de s'isoler socialement constituent quelques-uns des effets indirects sur la santé occasionnés par l'alphabétisme limité, qui se répercutent à la fois sur la personne et toute sa famille (Agence de la santé publique du Canada, 2005). Les chercheurs du domaine de l'alphabétisme ont donc jugé important de définir une autre composante de l'alphabétisme : l'alphabétisme en santé. Ils le définissent comme « la capacité des individus d'obtenir, de comprendre et d'utiliser l'information et les services de santé nécessaires à la prise de décisions éclairées » (Arora *et al.*, 2002). Brink (2006) rapporte une relation positive entre la compréhension de textes et le sens civique. Alors que la moitié des Canadiens limités au niveau 1 d'habileté de compréhension d'un texte écrit participent à des activités civiques, cette proportion augmente et atteint 80 p. 100 parmi ceux qui se situent aux niveaux 4 et 5, niveaux supérieurs au niveau minimal requis pour fonctionner dans notre société actuelle. Or, une personne qui a un sens civique s'implique davantage dans sa communauté, y contribue et est plus apte à prendre une part

Tableau 2
Portrait d'alphabétisme des Néo-Brunswickois (2003)

Descripteurs	Francophones du N.-B.	Anglophones du N.-B.
Portion (%) des personnes de 16 à 65 ans se situant aux niveaux 1 et 2 – alphabétisme ¹	66	50,4
Résultat moyen à l'évaluation des personnes de 15 à 65 ans sans études secondaires – compréhension de textes suivis	220* (niveau 1) en deçà du niveau minimal requis	250* (niveau 2) en deçà du niveau minimal requis
Résultat moyen à l'évaluation des personnes de 15 à 65 ans avec études secondaires – compréhension de textes suivis	268* (niveau 2) en deçà du niveau minimal requis	277* (niveau 3) correspond au niveau minimal requis

* Différence statistiquement significative entre les francophones et les anglophones

Note :

1. Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes (EIACA), 2003.

active à sa santé individuelle et collective. Dans un contexte de restructuration des services de santé et de prise en charge par les communautés, qu'arrivera-t-il aux francophones du Nouveau-Brunswick puisque ceux-ci se situent majoritairement en deçà des niveaux minimaux requis?

Les francophones et le virage vers les soins de santé primaires

À l'aube des années 2000, près de 30 ans après la déclaration d'Alma-Ata qui avait vu naître les soins de santé primaires comme moyen privilégié d'atteindre l'objectif de « La santé pour tous à l'an 2000! », dans un contexte de restrictions budgétaires importantes et de dépenses grandissantes des services de santé, les gouvernements du Canada, fédéral et provinciaux, amorcent finalement un virage vers ce type de soins. Une partie essentielle à ce virage est une démarche axée sur la promotion de la santé et la prévention de la maladie (Romanow, 2002). L'Organisation mondiale de la Santé définit la promotion de la santé comme le « processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et de l'améliorer » (OMS, 1986). La promotion de la santé exige une participation active de la communauté. Dans un contexte d'analphabétisme limité, y a-t-il des laissés-pour-compte au Nouveau-Brunswick, précisément au Nouveau-Brunswick francophone?

Un projet novateur qui contribue au développement et au renforcement des communautés

Au printemps 2004, lors d'une rencontre du Réseau communauté en santé de Bathurst, regroupement de citoyens et de professionnels ayant à cœur l'amélioration de la qualité de vie et de la santé de ses citoyens, la coordonnatrice du temps informe les membres que Santé Canada, par l'entremise de la SSF, lance un concours pour obtenir du financement en vue d'améliorer l'accès aux services de santé pour les francophones vivant à l'extérieur du Québec. Cette nouvelle stimule la formation d'un sous-comité parmi les membres intéressés, afin d'explorer la possibilité de déposer une demande. Des membres provenant du milieu de la santé mentale, de la santé publique, du service de traitement des dépendances, du Nursing paroissial, du CABC et de l'École de science infirmière de l'Université de Moncton, campus de Shippagan – site de Bathurst se retrouvent avec des citoyens pour discuter du type de projet qui pourrait être présenté. Très tôt dans la discussion, la problématique de l'analphabétisme et de ses conséquences sur la santé de la population

francophone de la RSAB fait surface. Il est alors suggéré de préparer une demande de financement visant à procurer de l'information juste, claire et pertinente aux francophones de la région, mais dans un format qui leur convienne, afin que cette information devienne un outil pour permettre une prise en charge personnelle de sa santé. La stratégie de promotion de la santé alors privilégiée est le renforcement de l'action communautaire qui vise à reconnaître et à encourager le développement du potentiel des individus et des communautés relatif à fixer leurs besoins, leurs enjeux et leurs priorités. De façon concrète, le comité du Réseau compte utiliser cette stratégie pour d'abord sensibiliser la population francophone à son potentiel, le lui révéler aux fins d'un contrôle de sa santé, et finalement induire la population francophone à collaborer activement à la transmission d'informations claires et pertinentes, renforçant ainsi les capacités de tous à exercer les meilleurs choix possible relativement à leur santé individuelle et collective. Le but poursuivi est clair : réaliser des capsules santé radiophoniques permettant d'améliorer la capacité de prise en charge de la population francophone du nord-est du Nouveau-Brunswick (région sanitaire n° 6) par un accès facile à de l'information simple, claire et pertinente.

Subvention en poche, le travail du comité s'amorce et une coordonnatrice est embauchée. Sa première tâche consiste à répertorier tous les renseignements sur les besoins de santé des gens de la région. Il ne s'agit pas de réinventer la roue, mais bien de bâtir en partant de l'information existante. Deux études récentes ont été menées : un profil de santé effectué par la RSAB en 2004, ainsi qu'une recherche de l'Association acadienne et francophone des aînées et aînés du Nouveau-Brunswick (AAFANB) portant sur les besoins de santé des personnes âgées vivant en milieu rural. La coordonnatrice fouille ces deux études afin d'en dégager les résultats et les pistes suggérés quant aux besoins des gens. Bien que le projet vise l'ensemble de la population, on identifie cinq grands groupes ayant des besoins plus importants d'information : les familles avec jeunes enfants, les jeunes, les aînés, les proches aidants et les personnes peu alphabétisées.

Riche de ces thèmes ou besoins identifiés au préalable et des différentes clientèles à cibler, la coordonnatrice de projet effectue des visites à près de 85 informateurs clés de la région sanitaire n° 6 afin de valider auprès d'eux et d'explorer davantage certains éléments relevés dans les recherches consultées. Ces informateurs clés proviennent d'organismes communautaires et de services gouvernementaux. Treize groupes de discussion attirent 166 francophones résidant sur le territoire d'Acadie-Bathurst. Toutes les personnes consultées rapportent haut et fort le besoin de recevoir de l'information afin que les membres de la collectivité

francophone puissent mieux s'occuper de leur santé et la conserver ou l'améliorer. Plusieurs thèmes émergent tant en matière d'alimentation que de santé mentale, de sexualité, de toxicomanie, de gestion du stress, de communication, ou encore de stratégie pour le développement de modes de vie sains, à tous les âges de la vie.

En plus de recueillir de l'information donnant un portrait détaillé des besoins désignés par les gens, les animateurs des groupes de discussion leur demandent de préciser les médias qu'ils privilégient afin de recevoir de l'information. Sans grande surprise, étant donné le haut taux d'analphabétisme dans la région, tous les groupes rencontrés mentionnent la radio, la télévision et les contacts avec des gens de leur entourage comme les moyens de prédilection pour recevoir de l'information. Intégrant les données recueillies auprès des gens et des intervenants consultés, le comité décide de miser sur les personnes de la communauté pour transmettre l'information. Plutôt que d'énoncer des conseils sur un ton professionnel et prescriptif, une approche d'échanges de procédés est préconisée.

Fidèle à l'approche de promotion de la santé et à la stratégie de renforcement de l'action communautaire, le comité lance un appel à toutes les personnes intéressées, professionnels de la santé, travailleurs communautaires ou membres de la collectivité francophone, à partager les petits trucs qu'ils utilisent au quotidien pour se garder en bonne santé. Le comité a la conviction que les gens qui vivent une situation particulière en sont les experts et que la prise en charge d'une collectivité débute par la prise de conscience de son potentiel à agir face à une situation – dans ce cas-ci, à contrôler sa santé. La réponse des professionnels, des intervenants communautaires et des membres de la collectivité est positive. Plus de 60 astuces sont partagées par des membres de la collectivité francophone, autant par des professionnels de la santé, et une cinquantaine proviennent des intervenants œuvrant en communauté. Par la suite, plus de 60 membres de la collectivité francophone acceptent de prêter leur voix à l'enregistrement de capsules. Les capsules sont vite enregistrées, évaluées par un comité constitué de personnes de la collectivité francophone, puis diffusées sur les ondes des radios communautaires.

Les résultats à ce jour

En quelques semaines, suffisamment de matériel est reçu pour créer plus de 200 capsules partageant des trucs pour mieux vivre au quotidien. Le Réseau communauté en santé de Bathurst est très fier des capsules, car elles constituent une réalisation par les gens, pour les gens! Les membres de la collectivité francophone ont participé activement à chaque étape de

la démarche : évaluation des besoins, validation, établissement de priorités, élaboration des capsules, leur sélection pour diffusion et, en septembre 2006, évaluation du projet. Cette implication des membres de la collectivité révèle qu'ils reconnaissent leur capacité de jouer un rôle dans le maintien de leur santé. Il reste, pour certains, à accepter cette responsabilité à l'égard de leur santé. Le respect démontré face à la collectivité francophone et la reconnaissance de leur expertise ont sans aucun doute encouragé leur participation au processus.

Les partenariats développés avec les stations de radio ont permis de relever les défis associés à la ruralité et à l'analphabétisme. Ils ont aboli les difficultés d'accéder à de l'information. Ils ont contribué à briser l'isolement en incitant les gens à se raconter, à échanger des astuces, à se reconnaître dans les trucs proposés. Ce faisant, chacun s'est valorisé face à ses bons gestes en vue d'améliorer sa santé et celle de sa famille, voire de sa collectivité.

Les commentaires reçus à ce jour sont positifs. Ils soulignent qu'après l'écoute d'une capsule, les membres d'une famille ou les amis abordent des thématiques dont ils n'auraient pas parlé spontanément, tentent de mettre en œuvre une astuce entendue ou parlent de leurs propres trucs pour bien vivre. Les gens prennent ainsi progressivement conscience du rôle qu'ils peuvent jouer et du pouvoir qu'ils détiennent face à leur santé. C'est un premier pas important dans la réappropriation de sa santé et dans le renforcement des actions communautaires. Espérons que ce petit pas sera suivi de plusieurs autres, en route vers le mieux-être des collectivités, tel que le dit le Mouvement acadien des communautés en santé du Nouveau-Brunswick (2007).

Conclusion

Le modèle de promotion de la santé de la population qui a guidé et inspiré cette démarche novatrice auprès de la collectivité francophone du nord-est du Nouveau-Brunswick a permis d'adopter une approche holistique tenant compte des différents déterminants de la santé de cette collectivité et mettant en exergue les facteurs particuliers qui la taxent davantage : l'analphabétisme et la ruralité. Par la suite, fidèle à la stratégie de renforcement de l'action communautaire proposée par le modèle théorique retenu, le Réseau communauté en santé de Bathurst a travaillé étroitement avec la collectivité francophone pour identifier ses besoins, les explorer, y établir une priorité et mettre en œuvre des moyens qui lui apparaissent acceptables et respectueux de ses défis. Ont émergé des retombées fort positives sur le plan de la prise de conscience de son potentiel à exercer le contrôle de sa santé et à prendre sa place. Espérons

que de semblables initiatives serviront à intervenir judicieusement auprès des collectivités.

BIBLIOGRAPHIE

- AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2005), Réseau canadien de la santé, *Au-delà des mots : le lien entre l'alphabétisme et la santé*, [En ligne], [<http://www.canadian-health-network.ca>] (août 2006).
- ARORA, Neeraj K. *et al.* (2002), « Barriers to Information Access, Perceived Health Competence, and Psychosocial Health Outcomes: Test of a Mediation Model in a Breast Cancer Sample », *Patient Education and Counseling*, vol. 47, n° 1 (mai), p. 37-46.
- ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE (2002), Santé de la population, *Document d'information – L'environnement socio-économique et la santé*, [En ligne], [<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/rapport/toward/back/socio.html>] (août 2006).
- BEAUDIN, Maurice (dir.) (1999), *La région économique du nord-est du Nouveau-Brunswick*, Moncton, Institut canadien de recherche sur le développement régional.
- BOIVIN, Nathalie (2005), « Travail, transformations sociales et alimentation des familles canadiennes pour la période allant de 1982 à 1996 ». Thèse de doctorat, Faculté des sciences des aliments, Québec, Université Laval.
- BRINK, Satya (dir.) (2006), *Résultats en littératie au Nouveau-Brunswick : répercussions des conclusions de l'EIACA 2003*, Beresford (NB), Ministère des Ressources humaines et du Développement des compétences, Direction de la politique sur l'apprentissage, (février).
- FÉDÉRATION DES COMMUNAUTÉS FRANCOPHONES ET ACADIENNE (2001), *Pour un meilleur accès à des services de santé en français*, Ottawa, FCFA.
- GILLIS, Doris E. (2005), *Au-delà des mots : le lien entre l'alphabétisme et la santé*, Réseau canadien de la santé, janvier, [En ligne], [<http://www.canadian-health-network.ca/servlet/ContentServer?cid=1060314307419&pagename=CHN-RCS%2FCHNResource%2FCHNResourcePageTemplate&c=CHNResource&lang=Fr>] (août 2006).
- HAMILTON, Nancy, et Tariq BHATTI (1996), *Modèle d'intégration de la santé de la population et de la promotion de la santé*, [En ligne], [<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/psp/psp4.htm#Modele>] (août 2006).

- MOUVEMENT ACADIEN DES COMMUNAUTÉS EN SANTÉ DU NOUVEAU-BRUNSWICK, [En ligne], [<http://www.macsnb.ca>].
- NOUVEAU-BRUNSWICK, GOUVERNEMENT DU (1997), *Loi sur l'éducation*. Chapitre E 1.12, sanctionnée le 28 février, [En ligne], [<http://www.gnb.ca/0062/PDF-acts/e-01-12.pdf>] (août 2006).
- NOUVEAU-BRUNSWICK, MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION (2005), *Le nombre d'abandons et les effectifs scolaires par district scolaire 7-12^e année du 30 septembre 2003 au 30 septembre 2004*, Direction des politiques et de la planification.
- NOUVEAU-BRUNSWICK, MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION (2006), *Le système des écoles publiques*, [En ligne], [<http://www.gnb.ca/0000/about-f.asp>] (août 2006).
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (1986), *Glossaire de la promotion de la santé*, Genève, Division de la Promotion, de l'éducation et de la communication pour la santé, Service Éducation sanitaire et promotion de la santé, [En ligne], [http://www.who.int/hpr/archive/docs/glossary_f.htm] (août 2006).
- RÉGIE DE LA SANTÉ ACADIE-BATHURST (2004), *Profil de l'état de santé de la population de la région 6*, décembre.
- ROMANOW, Roy (2002), *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada*, Gouvernement du Canada, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, novembre.
- STATISTIQUE CANADA (2002), *Profils des communautés de 2001*. Diffusé le 27 juin 2002, modifié le 30 novembre 2005, Ottawa, Statistique Canada, n° 93F0053XIF.
- STATISTIQUE CANADA (2003), *Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes* (EIIACA), [En ligne], [http://www.statcan.ca/francais/sdds/4406_f.htm] (août 2006).