

La contribution des centres scolaires communautaires à la santé des francophones vivant en milieu minoritaire

Suzanne Harrison

Number 28, Fall 2009

Les enjeux reliés à la santé des communautés francophones en situation minoritaire

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/044989ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/044989ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

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

ISSN

1183-2487 (print)

1710-1158 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Harrison, S. (2009). La contribution des centres scolaires communautaires à la santé des francophones vivant en milieu minoritaire. *Francophonies d'Amérique*, (28), 197–212. <https://doi.org/10.7202/044989ar>

Article abstract

The health of Francophones living in a minority environment is a topical subject. Recently the school and community centres (SCCs) began to explore their contribution in this regard, since traditionally they placed their emphasis on Francophone cultural, educational and social needs. We present the results of a study that looked at the ability of the SCCs to increase contact with the French language in eight areas of life. The centres do not yet seem to contribute to an increased use of the French language in the field of health. However, some examples provided suggest that they may be able to have an influence in areas such as physical fitness (aerobics classes, team sports) and psychological health (stress management classes) among others.

La contribution des centres scolaires communautaires à la santé des francophones vivant en milieu minoritaire

Suzanne HARRISON
Université de Moncton

La recherche portant sur l'état de santé des francophones vivant en milieu minoritaire est relativement récente. En effet, la création du Consortium national de formation en santé (CNFS) regroupant dix collèges et universités ne date que de 2003. Ce consortium, par l'entremise de deux forums nationaux qui se sont tenus à Ottawa en 2004 et en 2007, a facilité le regroupement de chercheurs intéressés à la santé des francophones vivant en milieu minoritaire. Ces rencontres ont aussi contribué à l'élaboration d'axes de recherche et à la création de partenariats pancanadiens. En 2005, grâce aux fonds du CNFS, José M'Bala répertorie de nombreux écrits touchant la santé des communautés francophones en situation minoritaire. Ces écrits portent surtout sur le vécu langagier en milieu minoritaire (identité, profils démolinguistiques, etc.) ainsi que sur l'accès aux services de santé et aux professionnels de la santé en milieu minoritaire. Pour sa part, Léandre Desjardins (2003) pose un regard sur la santé des francophones du Nouveau-Brunswick en notant des disparités avec les anglophones, et l'Institut de recherche en santé au Canada (IRSC) a lancé un concours au printemps 2008 pour financer la recherche portant spécifiquement sur la santé en milieu minoritaire. Même si cette problématique de recherche est récente, les revendications des francophones ne le sont pas, que ce soit pour avoir accès à des services de santé en français (Hôpital Montfort à Ottawa) ou à des écoles francophones homogènes (première communauté au Nouveau-Brunswick). D'ailleurs, c'est de l'accès aux écoles homogènes qu'est né le concept de centre scolaire communautaire (CSC).

Cet article tente d'explorer la contribution actuelle et potentielle de ces centres à la santé des francophones vivant en milieu minoritaire grâce aux données recueillies lors d'une étude descriptive et comparative auprès de cinq CSC dans les provinces maritimes. Une revue de la littérature présente brièvement les facteurs menant à la création de ces centres ainsi qu'un survol rapide des nombreux rôles qu'ils jouent et les défis auxquels ils font face.

Mise en situation de la dynamique du vécu langagier en milieu minoritaire

La famille, l'école, l'Église et la communauté ont souvent été reconnues comme constituant quatre endroits privilégiés pour assurer la transmission intergénérationnelle, non seulement des valeurs et des mœurs, mais aussi de la langue et de la culture. En milieu francophone minoritaire, ces agents de transmission linguistique et culturelle ont joué des rôles prédominants dans la prévention de l'assimilation (Gérin-Lajoie, 1996 et 1998; Hébert, 1993; Landry et Allard, 1997). Le modèle des balanciers compensateurs de Rodrigue Landry et Réal Allard (1990 et 1997), qui sert de cadre conceptuel à la présente étude, illustre très bien l'influence positive que peut exercer la situation dynamique engendrée par la création d'un partenariat entre l'école, la famille et la communauté. Malgré la reconnaissance du rôle déterminant qu'exercent ces agents, de nombreux obstacles viennent entraver leur efficacité (par exemple, l'urbanisation, la mobilisation sociale accrue, la prolifération des médias anglophones, l'exogamie). En effet, c'est par la mise en commun des ressources et des services qu'un groupe finit par établir un réseau unifié capable de mieux répondre aux besoins de tous les membres de la communauté (Mawhinney, 1993; Consortium, 1999).

Un CSC représente, certes, un exemple novateur de ce type de partenariat: cet organisme permet d'unir les efforts du milieu scolaire à ceux du milieu communautaire afin d'aider les membres à valoriser et à employer la langue française dans divers domaines de vie. Depuis la création du premier CSC à Fredericton en 1978, au Nouveau-Brunswick, plusieurs milieux francophones minoritaires se sont aussi dotés d'un CSC. Il en existe maintenant plus d'une vingtaine au Canada (Bisson, 2003).

Les CSC sont construits dans des milieux urbains où il est parfois difficile de trouver une concentration de francophones et un dynamisme communautaire débordant, étant donné que les francophones sont répartis sur un vaste territoire. Selon François Dumaine et Aurèle Thériault (1989) ainsi que Clarence Léger (1989), les CSC réussissent à répondre aux besoins divers de la communauté tels que les besoins sportifs, récréatifs, sociaux, culturels, spirituels et éducatifs. Ce sont les domaines traditionnels dans lesquels ils œuvrent auprès des francophones en milieu minoritaire.

Même si la plupart des auteurs consultés s'entendent sur l'importance des CSC, nous ne connaissons pas leur influence réelle, car très peu de CSC ont fait l'objet de recherches. S'agissant de la composante communautaire, peu de travaux ont été publiés à ce sujet, exception faite de travaux descriptifs: d'abord une analyse critique de sept modèles de gestion des CSC (Delorme et Hébert, 1998), puis des rapports d'évaluation réalisés par Patrimoine canadien (Bisson, 2003; Gauvin, 1998; Poulin, 1992) et trois études sociohistoriques (Allain et Basque, 2001, 2003 et 2005).

Rôles des CSC dans le domaine de la santé en milieu minoritaire

Le rapport de Ronald Bisson (2003) nous permet d'avoir une vision d'ensemble du fonctionnement de 19 CSC à travers le Canada, en précisant les conditions menant au succès de ces centres ainsi que les défis majeurs auxquels ils font face. Parmi les éléments clés du succès, Bisson note l'importance d'avoir une vision commune et partagée concernant le mandat des CSC, des assises financières communes et stables ainsi que des sources de financement diversifiées et permanentes et un mécanisme de gestion et de communication bien rodé entre le volet scolaire et communautaire. L'un des plus importants défis pour les CSC est relié aux restrictions budgétaires. Bien que l'auteur affirme que la grande majorité des CSC ont réussi à diversifier leurs sources de financement, cela a toutefois affecté le nombre et le genre de programmes offerts. Il qualifie cette période d'incertitude financière comme une période de « transformation de vocation » pour les CSC. Cette transformation de vocation a amené certains centres à examiner comment ils pourraient mieux répondre aux besoins de la

communauté dans d'autres domaines de vie, par exemple, le domaine des services publics et le domaine économique. Certains auteurs commencent même à entrevoir la contribution particulière de ces centres en matière de santé (Bisson, 2003; Chatel, 2003; Harrison, 2007). Examinons de plus près la contribution dans le domaine de la santé grâce aux résultats d'une recherche effectuée auprès de 5 CSC des Maritimes.

Description de l'étude

Cette étude avait pour but d'évaluer la contribution des CSC au vécu langagier des familles avec des enfants âgés de 0 à 18 ans vivant en milieu minoritaire, dans huit domaines de vie : culturel, social, éducatif, spirituel, sportif et récréatif, psychologique, services publics et économiques. Grâce à un questionnaire basé sur une série d'activités et de services offerts par les CSC dans ces huit domaines, nous avons examiné les questions suivantes :

- Quelle est la fréquence actuelle des contacts langagiers des répondants dans huit domaines de vie?
- Quel est le degré de contribution des CSC à des contacts plus fréquents avec la langue française dans les différents domaines de vie?
- Quel est le degré de satisfaction des répondants en ce qui concerne la contribution des CSC dans l'augmentation des contacts avec la langue française dans les différents domaines de vie?

Nous nous sommes aussi demandé s'il y avait des différences à l'intérieur des centres en se posant, par exemple, la question suivante : est-ce que le nombre de contacts avec la langue française est semblable d'un domaine à l'autre? Dans un deuxième temps, il a été question des différences entre les centres. Afin d'approfondir ce point, nous nous sommes posé, par exemple, la question suivante : est-ce que la contribution des CSC, qui ont permis d'augmenter les contacts avec la langue française, est plus importante dans un centre plutôt que dans un autre?

Dans cet article, nous présentons uniquement les résultats de certaines sections du questionnaire touchant directement la santé. Ces questions se trouvent dans le domaine des services publics (Section 1

– Domaines de vie) ainsi que dans une section séparée du questionnaire (Section 2 – Domaine de la santé et information générale).

Choix des milieux

Comme nous l'avons mentionné, cette étude se déroule dans les provinces maritimes auprès de cinq communautés francophones minoritaires qui se sont dotées d'un CSC. Ces cinq centres sont tous situés dans des milieux urbains. Le choix des milieux urbains entraîne l'exclusion d'autres CSC de l'est du Canada (un en milieu rural et trois autres avec peu d'années d'expérience).

Le choix final n'inclut que cinq CSC, dont les trois centres au Nouveau-Brunswick. Il s'agit du centre communautaire Sainte-Anne, le premier CSC, établi à Fredericton en 1978, du centre scolaire communautaire Samuel-de-Champlain, établi à Saint-Jean en 1985, et du Carrefour Beausoleil, établi à Miramichi l'année suivante. Les CSC situés dans les capitales de la Nouvelle-Écosse et de l'Île-du-Prince-Édouard ont aussi été retenus: soit le Carrefour du Grand-Havre (N.-É.) et le Carrefour de l'Isle-Saint-Jean (Î.-P.-E.), tous deux inaugurés en 1991. Ainsi, tous les CSC de l'étude avaient un minimum de 15 ans d'expérience. Quant au pourcentage de francophones par rapport à la population totale dans ces cinq communautés, il varie de 3,1 % à 9,3 %, Miramichi ayant le pourcentage le plus élevé de francophones et Halifax/Dartmouth comptant le pourcentage de francophones le moins élevé.

Choix de la méthode d'échantillonnage et de distribution du questionnaire

Puisque environ les trois quarts de la clientèle des CSC sont des familles ayant des enfants et qu'il existe des listes d'inscriptions scolaires et préscolaires (services de garde), la clientèle la plus accessible pour notre étude était les familles ayant des enfants inscrits dans ces deux milieux. À la suite de l'approbation du comité d'éthique de l'Université de Moncton, elles ont été rejointes en insérant l'instrument de mesure dans les sacs à dos de leurs enfants. L'utilisation des listes d'inscriptions a permis l'adoption d'un échantillonnage probabiliste de type systématique.

Au total, l'instrument de mesure a été envoyé à 1 229 familles, ce qui représente presque une famille sur deux des 2 516 familles admissibles dans les cinq communautés ciblées. Deux cent cinquante-deux questionnaires ont été retournés, pour un taux de retour de 21 %, ce qui est considéré comme un taux acceptable (de 10 % à 30 %) pour ce type d'instrument, selon Marie-Fabienne Fortin, Josée Côté et Françoise Fillion (2005). Malgré un retour moyen de 21 %, le pourcentage varie beaucoup d'une communauté à l'autre, allant de seulement 13 % à Miramichi à 31 % à Saint-Jean. Cela nuit grandement à la capacité de généraliser les résultats auprès d'autres CSC ailleurs au Canada.

Données sociodémographiques

Ce sont les CSC de Fredericton (N = 71 ; 28 % de l'échantillon) et de Saint-Jean (N = 70 ; 28 % de l'échantillon) qui comptent le nombre le plus élevé de répondants. Au total, 193 (77 %) répondants sont des mères de famille. En moyenne, les parents ont 2,1 enfants dont l'âge varie de 1 à 38 ans, mais 92 % des enfants ont moins de 18 ans. Selon Statistique Canada (2002), les familles de notre étude diffèrent de la moyenne nationale en ce qui a trait à la structure familiale et au nombre d'enfants par famille. Au Canada en 2001, chaque famille n'a en moyenne que 1,58 enfant et, dans 15,7 % des cas, elle est dirigée uniquement par un parent, et dans 81 % des cas par une femme (Institut Vanier de la famille, 2004). Toutefois, la moyenne de 2,1 enfants par famille représente exactement le taux nécessaire pour maintenir la stabilité de la population (Marmen et Corbeil, 2004).

Presque une famille sur deux (45 %) est exogame, cette proportion variant de 37 % (Saint-Jean) à 67 % (Charlottetown). Selon le recensement de 2001 de Statistique Canada, le taux de couples exogames est de 43 % chez les francophones hors Québec (37 % des francophones ont un conjoint anglophone et 6 % ont un conjoint allophone). Ainsi, le pourcentage de couples exogames dans notre étude se compare bien à la moyenne nationale pour les francophones hors Québec.

De nombreux répondants semblent être de nouveaux résidents dans la région urbaine desservie par leur CSC. Les trois quarts des participants (74 %) vivent dans la communauté depuis moins de dix ans. En ce qui a trait au niveau de scolarisation des pères et des mères,

il est permis de conclure qu'il est assez élevé, car les cotes moyennes sont de 5,44 et 5,06 respectivement sur une échelle de 7, où une cote de 5 équivaut à des études collégiales terminées.

Fréquence actuelle des contacts langagiers dans le domaine de la santé (services publics)

Afin d'évaluer à quel point les participants vivent en français ou en anglais dans leur communauté lorsqu'ils participent à des activités ou bénéficient de services de santé, nous leur avons demandé de situer ce vécu sur un continuum. En tout, il y avait huit activités et services dans ce domaine, mais seulement trois touchaient directement à la santé : professionnels de la santé, promotion de la santé/prévention des maladies (adultes et enfants). L'échelle utilisée varie de 1 à 7 où une cote près de 1 reflète un vécu langagier qui s'effectue toujours en anglais, tandis qu'une cote près de 7 montre un vécu langagier qui s'effectue toujours en français. Pour faciliter la présentation des données descriptives (voir le tableau 1), trois catégories de vécu langagier ont été établies : un vécu langagier anglo-dominant (les cotes de 1 à 3 regroupées), un vécu langagier bilingue (la cote de 4) ou un vécu langagier franco-dominant (les cotes de 5 à 7 regroupées). Ces trois catégories reflètent le degré auquel les activités et les services touchant à la santé sont vécus surtout en anglais, également dans les deux langues ou surtout en français. La figure 1 montre comment les répondants de chaque centre se situent les uns par rapport aux autres en fonction des cotes moyennes obtenues.

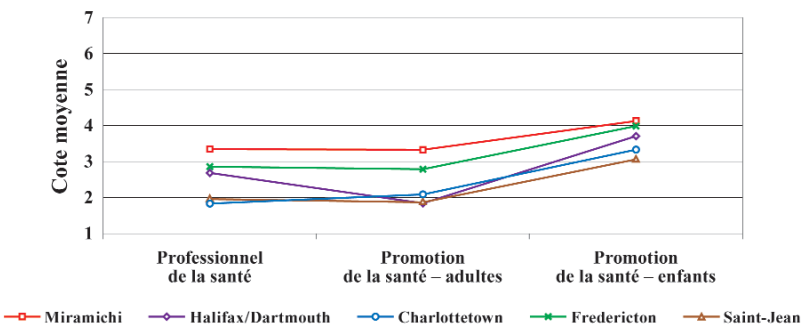
Ainsi, pour les adultes, le vécu langagier est majoritairement anglo-dominant que ce soit lors de la consultation auprès des professionnels de la santé ($M = 2,46$) ou lors des activités de promotion de la santé et de prévention des maladies ($M = 2,22$). À ces deux endroits, plus de 70 % des répondants disent que leur vécu est anglo-dominant. Pour leur part, les enfants semblent avoir un vécu langagier un peu moins anglo-dominant ($M = 3,59$) lors des activités de promotion de la santé et de prévention des maladies. Néanmoins, plus de la moitié des répondants (52,4 %) disent que le contact langagier se fait surtout en anglais pour leurs enfants lors de ces activités. Un regard sur les cinq profils présentés dans la figure 1 nous permet de constater la dominance de la langue anglaise dans les activités et les services du domaine des services publics reliés à la santé dans tous les CSC. L'analyse de la

Tableau 1
Dominance langagière dans le domaine des services publics en ce qui concerne les activités et les services reliés à la santé

	Anglo-dominant		Bilingue		Franco-dominant		Total			
	N	%	N	%	N	%	Dv	Dm	M	É-T
Professionnels de la santé										
Miramichi	11	64,7	2	11,8	4	23,5	17	0	3,35	1,62
Halifax/Dartmouth	39	66,1	9	15,3	11	18,6	59	0	2,69	2,04
Charlottetown	33	94,3	0	0	2	5,7	35	0	1,83	1,32
Fredericton	47	66,2	13	18,3	10	14,1	70	1	2,86	1,75
Saint-Jean	61	87,1	7	10,0	2	2,9	70	0	1,97	1,33
Total	191	75,8	31	12,3	29	11,5	251	1	2,46	1,71
Promotion de la santé/prévention des maladies (adultes)										
Miramichi	9	52,9	1	5,9	2	11,8	12	5	3,33	1,83
Halifax/Dartmouth	49	83,1	5	8,5	2	3,4	56	3	1,84	1,37
Charlottetown	30	85,7	1	2,9	3	8,6	34	1	2,09	1,64
Fredericton	43	60,6	10	14,1	9	12,7	62	9	2,79	1,72
Saint-Jean	53	84,1	8	12,7	2	3,2	63	0	1,87	1,36
Total	184	81,1	25	11,0	18	7,9	227	18	2,22	1,62
Promotion de la santé/prévention des maladies (enfants)										
Miramichi	7	41,2	4	23,5	4	23,5	15	2	4,13	1,60
Halifax/Dartmouth	29	49,2	8	13,6	19	32,2	56	3	3,71	2,36
Charlottetown	22	62,9	3	8,6	9	25,7	34	1	3,35	2,29
Fredericton	34	47,9	7	9,9	27	38,0	68	3	3,99	2,13
Saint-Jean	40	57,1	7	10,0	17	24,3	64	6	3,06	2,28
Total	132	52,4	29	11,5	76	30,2	237	15	3,59	2,24

Dv = données valides, Dm = données manquantes, M = moyenne, É-T = écart-type.

Figure 1
Profil des cotes moyennes de la dominance langagière dans chacun des centres pour cinq activités du domaine des services publics reliés à la santé



variance (ANOVA)¹ nous permet de déceler une différence significative entre les centres en ce qui concerne les deux premiers indicateurs (professionnels de la santé [$F(3,1) = 5,343, p = 0,001$] et activités de promotion de la santé et de prévention des maladies chez les adultes [$F(3,1) = 5,158, p = 0,002$]). Il n'existe aucune différence entre les centres en ce qui a trait aux activités de promotion de la santé et de prévention des maladies chez les enfants. Les analyses post Hoc de Scheffé nous permettent de reconnaître que, lors de la consultation auprès des professionnels, le contact se fait davantage en anglais pour les participants de Charlottetown ($M = 1,83$) et de Saint-Jean ($M = 1,97$), comparativement aux participants de Fredericton ($M = 2,86$). En ce qui concerne les activités de promotion de la santé et de prévention chez les adultes dans les différents centres, les participants de Fredericton, avec une cote moyenne de 2,79, se différencient des participants à la fois de Halifax ($M = 1,84$) et de Saint-Jean ($M = 1,87$).

Contribution du CSC à de plus fréquents contacts avec la langue française dans le domaine de la santé

Afin de connaître à quel point les participants jugent que le CSC contribue à augmenter les contacts avec la langue française dans certaines activités et certains services du domaine des services publics reliés à la santé, nous leur avons demandé de situer la contribution sur un continuum. Le degré de contribution se situe sur une échelle qui varie entre 1 et 7, où une cote de 1 reflète aucune contribution et une cote de 7 témoigne d'une contribution entière à l'augmentation des contacts avec la langue française. Pour faciliter la présentation des données descriptives (voir le tableau 2), trois catégories de contribution ont été établies : une petite contribution (les cotes de 1 à 3 regroupées), une contribution modérée (la cote de 4) ou une grande contribution (les cotes de 5 à 7 regroupées). Ces trois catégories reflètent le degré auquel les CSC contribuent à augmenter le contact avec la langue française dans les trois activités ou services touchant la santé dans le domaine des services publics. La figure 2 montre comment les répondants de chaque centre se situent les uns par rapport aux autres en fonction des cotes moyennes obtenues pour ces trois activités et services.

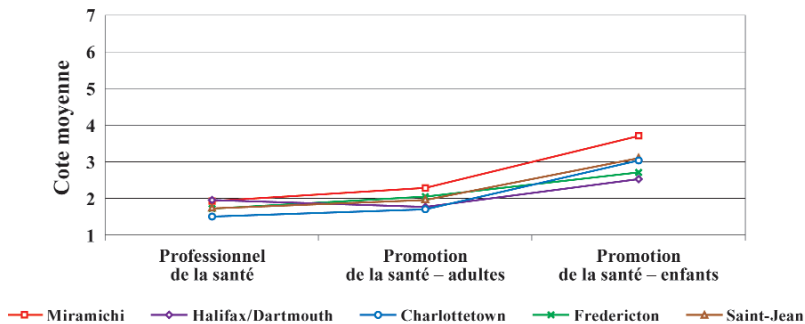
Nous venons de voir que le vécu langagier est en grande partie anglo-dominant dans les activités et les services reliés à la santé. En

Tableau 2
Contribution du CSC à de plus fréquents contacts avec la langue française dans le domaine des services publics liés à la santé

	Contribue Peu		Contribue moyennement		Contribue beaucoup		Total			
	N	%	N	%	N	%	Dv	Dm	M	É-T
Professionnels de la santé										
Miramichi	13	92,9	1	7,1	0	0	14	3	1,93	0,10
Halifax/Dartmouth	47	82,5	5	8,8	5	8,8	57	2	1,96	1,41
Charlottetown	33	94,3	2	5,7	0	0	35	0	1,51	0,92
Fredericton	59	85,5	5	7,2	5	7,2	69	2	1,72	1,33
Saint-Jean	61	88,4	5	7,2	3	4,3	69	1	1,75	1,32
Total	213	87,3	18	7,4	13	5,3	244	8	1,77	1,28
Promotion de la santé/prévention des maladies (adultes)										
Miramichi	12	85,7	1	7,1	1	7,1	14	3	2,29	1,73
Halifax/Dartmouth	50	87,7	3	5,3	4	7,0	57	2	1,77	1,35
Charlottetown	32	91,4	3	8,6	0	0	35	0	1,71	1,05
Fredericton	51	76,1	10	14,9	6	9,0	67	4	2,06	1,52
Saint-Jean	59	85,5	5	7,2	5	7,2	69	1	1,96	1,59
Total	204	84,3	22	9,1	16	6,6	242	10	1,93	1,45
Promotion de la santé/prévention des maladies (enfants)										
Miramichi	7	50,0	3	21,4	4	28,6	14	3	3,71	2,13
Halifax/Dartmouth	42	73,7	6	10,5	9	15,8	57	2	2,53	1,89
Charlottetown	21	60,0	5	14,3	9	25,7	35	0	3,03	2,11
Fredericton	42	61,8	11	16,2	15	22,1	68	3	2,71	1,82
Saint-Jean	43	62,3	7	10,1	19	27,5	69	1	3,10	2,16
Total	155	63,8	32	13,2	56	23,0	243	9	2,88	2,01

Dv = données valides, Dm = données manquantes, M = moyenne, É-T = écart-type.

Figure 2
Profil des cotes moyennes de la contribution de chacun des centres à de plus fréquents contacts avec la langue française dans le domaine des services publics liés à la santé



effet, les CSC contribuent très peu à augmenter les contacts avec la langue française dans ces domaines, et ce, même pour les enfants ($M = 2,88$). La figure 2 montre que le profil de contribution est très similaire pour chaque centre. D'ailleurs, l'analyse de la variance ne révèle aucune différence significative entre les centres.

Influence des CSC sur la santé

Dans une section séparée du questionnaire, nous avons demandé aux participants d'indiquer à quel point les activités et les services offerts par le CSC peuvent influencer l'état de santé générale des membres de leur famille, en allant au-delà des activités et des services uniquement du domaine des services publics. Encore une fois, une échelle de 7 a été utilisée, où une cote de 1 indique que le CSC n'influence aucunement la santé et une cote de 7 indique que le CSC influence beaucoup la santé. Pour faciliter la présentation des données descriptives (voir le tableau 3), trois catégories d'influence ont été établies : peu d'influence (les cotes de 1 à 3 regroupées), modérément d'influence (la cote de 4) ou beaucoup d'influence (les cotes de 5 à 7 regroupées). En tout, 110 des 252 participants ont répondu à cette section du questionnaire. Parmi ceux-ci, 57 % trouvent que le CSC influence modérément (27 %) ou beaucoup (30 %) la santé. Il existe une différence statistiquement significative entre les cinq CSC à cette question [$F(3,1) = 3,854$, $p = 0,010$]. L'analyse de contraste indique que la différence se situe entre Charlottetown et deux autres centres, soit Halifax et Fredericton. Un examen des cotes moyennes nous permet de constater que les participants de Miramichi ($M = 4,50$) ainsi que ceux de Charlottetown ($M = 4,03$) jugent que leur CSC influence modérément leur santé, tandis que les participants des trois autres CSC jugent que leur CSC contribue plutôt peu à leur santé. D'ailleurs, il est intéressant de noter qu'environ la moitié des répondants à Halifax/Dartmouth (54,7 %) et à Fredericton (53,7 %) indiquent que leur CSC contribue peu à leur santé. Au CSC de Fredericton, on est très conscient de cette lacune. On prévoit d'ailleurs l'ajout d'un centre de santé communautaire dans les plans d'agrandissement du CSC. Le bottin téléphonique des professionnels de la santé francophones œuvrant dans la région de Halifax/Dartmouth, créé par le CSC Carrefour du Grand-Havre, révèle une lacune similaire dans la capitale de la Nouvelle-Écosse.

Tableau 3
Influence des CSC sur la santé

	Peu d'influence		Modérément d'influence		Beaucoup d'influence		Total			
	N	%	N	%	N	%	Dv	Dm	M	É-T
Miramichi	4	28,6	2	14,3	8	57,0	14	3	4,50	1,35
Halifax/Dartmouth	29	54,7	12	23,6	12	23,6	53	6	3,21	1,55
Charlottetown	6	17,1	16	45,7	13	37,1	35	0	4,03	1,42
Fredericton	36	53,7	15	22,4	16	23,9	67	4	3,31	1,48
Saint Jean	25	39,1	18	28,1	21	32,8	64	6	3,72	1,65
Total	100	42,9	63	27,0	70	30,0	233	19	3,58	1,56

Dv = données valides, Dm = données manquantes, M = moyenne, É-T = écart-type.

En plus de la question fermée sur l'influence des CSC sur la santé, deux questions ouvertes ont été posées. Nous avons demandé aux répondants d'indiquer les activités et les services offerts actuellement par les CSC qui ont une influence sur leur santé, ainsi que les activités et les services qu'ils aimeraient que les CSC offrent pour les aider à être en meilleure santé.

Le plus grand nombre d'activités et de services offerts par les CSC touchant la santé semblent relever du domaine sportif et récréatif (N = 46) par l'intermédiaire de différentes activités sportives, comme les sports organisés pour les enfants (soccer) ou bien les cours d'aérobic ou de conditionnement physique pour adultes. Certains participants (N = 32) soulignent que les CSC offrent aussi des services visant la promotion de la santé ou la prévention des maladies tels que l'offre de séances de vaccination en milieu scolaire ou des sessions éducatives sur la nutrition ainsi que sur la santé des femmes (programme maman-bébé en santé et ménopause).

Pour ce qui est des activités et des services que les participants désirent voir offrir par le CSC, plusieurs suggestions visent les activités sportives et récréatives pour adultes telles que des cours de yoga et de gestion de stress (N = 65), en plus des cours sur une saine alimentation (N = 10). Près d'un quart des personnes ayant répondu à cette partie du questionnaire notent qu'elles aimeraient avoir accès à des professionnels de la santé. Quatre personnes vont plus loin en mentionnant qu'il serait bien que le CSC intègre un centre de santé communautaire

ou qu'il y soit associé. C'est d'ailleurs, comme nous l'avons déjà mentionné, ce qui est présentement proposé au CSC à Fredericton. Six personnes disent toutefois avoir déjà accès à un ou des professionnels de la santé par l'intermédiaire du CSC. Dans ces cas, ce sont probablement des infirmières lors des séances de vaccination ou des visites maman-bébé en santé.

Conclusion

Depuis la création du premier CSC, il y a plus de 25 ans, ces centres ont œuvré à répondre aux besoins changeants de la communauté. Les CSC ont le potentiel d'offrir une vaste gamme d'activités et de services reliés à la promotion de la santé générale des francophones vivant en milieu minoritaire, en voici quelques exemples. Le CSC peut s'occuper de la santé spirituelle en offrant des services religieux, des groupes de prières et des livres sur le développement spirituel. Il peut accroître la santé mentale en louant des espaces aux groupes de soutien et en ayant des livres sur la croissance personnelle (« *self help* ») à la bibliothèque scolaire et communautaire. La santé physique est promue lors des diverses activités physiques offertes telles que les sports organisés ou les sessions d'entraînement.

En effet, que ce soit en créant des partenariats avec la régie de la santé locale afin d'assurer l'offre de services en français, la création de partenariats avec le centre aquatique pour offrir des cours de natation en français ou l'élaboration de contrats avec les infirmières travaillant en santé publique pour offrir des séances de vaccination ou des programmes de maman et bébé en santé, les CSC sont devenus, par nécessité, les champions du travail en partenariat dans le domaine de la santé. Les retombées actuelles sont nombreuses et la capacité des CSC d'agir en tant que chefs de file dans le domaine de la promotion de la santé en milieu francophone minoritaire est énorme.

Toutefois, tout comme il existe encore peu de connaissances en ce qui a trait à la contribution des CSC au vécu langagier des francophones vivant en milieu minoritaire, il existe encore peu d'écrits et de recherche touchant la santé des francophones vivant en milieu minoritaire. Les chercheurs sont tout de même encouragés à effectuer de la recherche sur la santé des francophones vivant en milieu minoritaire puisque certains organismes subventionnaires offrent du financement

pour des projets en ce domaine. Nous proposons, pour notre part, deux projets de recherche afin de faire suite à cette étude. Premièrement, il serait intéressant d'examiner de plus près la contribution des CSC au mieux-être des personnes âgées vivant dans les communautés dotées de CSC, car ces dernières n'étaient pas ciblées dans l'étude originale. De plus, il serait pertinent d'effectuer une exploration en profondeur des perceptions des francophones vivant en milieu minoritaire au sujet de leur santé et de voir comment les activités et les services offerts par le CSC peuvent contribuer à promouvoir leur état de santé.

NOTE

1. En raison du nombre limité de répondants au questionnaire en provenance de Miramichi (N = 17), les données de cette communauté ont été exclues des analyses de variance pour des mesures répétées. Comme il s'agit d'une analyse multivariée, une donnée manquante sur une variable entraîne automatiquement l'élimination du répondant, diminuant ainsi davantage le nombre de cas valides dans l'analyse.

BIBLIOGRAPHIE

- ALLAIN, Greg, et Maurice BASQUE (2001). *De la survivance à l'effervescence: portrait historique et sociologique de la communauté acadienne et francophone de Saint-Jean, Nouveau-Brunswick*, Saint-Jean, Association régionale de la communauté francophone.
- ALLAIN, Greg, et Maurice BASQUE (2003). *Une présence qui s'affirme: la communauté acadienne et francophone de Fredericton, Nouveau-Brunswick*, Moncton, Les Éditions de la Francophonie.

- ALLAIN, Greg, et Maurice BASQUE (2005). *Du silence au réveil: la communauté acadienne et francophone de Miramichi, Nouveau-Brunswick*, Miramichi, Centre scolaire communautaire Carrefour Beausoleil.
- BISSON, Ronald (2003). *Étude des conditions de succès des centres scolaires communautaires*, Ottawa, Patrimoine canadien.
- CHATEL, Carolyne M. (2003). « Les voyages forment le savoir », *L'infirmière canadienne = Canadian Nurse*, vol. 4, n° 3, p. 16.
- CONSORTIUM FRANCOPHONE DE L'ÉDUCATION DU CANADA (1999). « Le partenariat et l'élaboration d'un projet éducatif dans une communauté-école: deux démarches indissociables », le plan sectoriel 4, Partenariat éducatif pancanadien (PEP), Document inédit.
- DELORME, Renée, et Yvonne HÉBERT (1998). « Une analyse critique de sept modèles de gestion de centres scolaires communautaires », dans Georges Duquette et Pierre Riopel (dir.), *L'éducation en milieu minoritaire et la formation des maîtres en Acadie et dans les communautés francophones du Canada*, Sudbury, Les Presses de l'Université Laurentienne, p. 199-230.
- DESJARDINS, Léandre (2003). *La santé des francophones du Nouveau-Brunswick*, Petit-Rocher, Société des Acadiens et des Acadiennes du Nouveau-Brunswick.
- DUMAINE, François, et Aurèle THÉRIAULT (1989). « L'école communautaire: le génie de l'adaptation », *Éducation et francophonie*, vol. 17, n° 3 (décembre), p. 27-28.
- FORTIN, Marie-Fabienne, Josée CÔTÉ et Françoise FILION (2005). *Fondements et étapes du processus de recherche*, Montréal, Chenelière Éducation.
- GAUVIN, Rachel (1998). *Rapport d'évaluation 1993-1998: entente cadre sur la promotion des langues officielles et entente auxiliaire sur les centres scolaires et communautaires Canada N.-B.*, Ottawa, Patrimoine canadien.
- GÉRIN-LAJOIE, Diane (1996). « L'école minoritaire de langue française et son rôle dans la communauté », *The Alberta Journal of Educational Research*, vol. XLII, n° 3, p. 267-279.
- GÉRIN-LAJOIE, Diane (1998). « École de renouveau francophone en milieu minoritaire », *Revue de l'Université de Moncton*, vol. 31, n°s 1-2, p. 337-350.
- HARRISON, Suzanne (2007). *Les Centres scolaires communautaires (CSC): relation entre des espaces institutionnels et le vécu langagier d'ayants droit francophones*, thèse de doctorat, Moncton, Université de Moncton, [En ligne], [http://www.icrml.ca/index.php?option=com_content&task=view&id=248&Itemid=70] (12 mars 2010).
- HÉBERT, Yvonne (1993). « Vers un centre scolaire communautaire à Calgary: conception, culture, programmation et pédagogie », *La revue canadienne des langues vivantes = Canadian Modern Language Review*, vol. 49, n° 4, p. 865-886.

- INSTITUT VANIER DE LA FAMILLE (2004). *Profil des familles canadiennes III*, Ottawa, Institut Vanier de la famille.
- LANDRY, Rodrigue, et Réal ALLARD (1987). « Étude du développement bilingue chez les Acadiens des provinces maritimes », dans Raymond Théberge et Jean Lafontant (dir.), *Demain, la francophonie en milieu minoritaire*, Winnipeg, Centre de recherches du Collège de Saint-Boniface, p. 63-111.
- LANDRY, Rodrigue, et Réal ALLARD (1990). « Contact des langues et développement bilingue: un modèle macroscopique », *La revue canadienne des langues vivantes = Canadian Modern Language Review*, vol. 46, n° 3, p. 527-553.
- LANDRY, Rodrigue, et Réal ALLARD (1997). « L'exogamie et le maintien de deux langues et de deux cultures: le rôle de la francité familioscolaire », *Revue des sciences de l'éducation*, n° 23, p. 561-592.
- LAPLANTE, Bernard (2001). « Enseigner en milieu minoritaire: histoires d'enseignantes œuvrant dans des écoles fransaskoises », *Revue des sciences de l'éducation*, vol. XXVII, n° 1, p. 127-150.
- LÉGER, Clarence (1989). « Les centres scolaires et communautaires: outils de développement », *Éducation et francophonie*, vol. 17, n° 3, p. 28-32.
- M'BALA, José (2005). *État de la recherche sur la santé des communautés francophones en situation minoritaire: bibliographie thématique*, avec la collaboration de Louise Bouchard, Christine Dallaire et Anne Gilbert, Ottawa, Consortium national de formation en santé, [En ligne], [<http://www.cnfs.net/publications/recherche-sur-la-sant-des-com-munaut-s-francophones>] (12 mars 2010).
- MARMEN, Louise, et Jean-Pierre CORBEIL (2004). *Les langues au Canada: recensement de 2001*, Ottawa, Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, Patrimoine canadien et Statistique Canada.
- MAWHINNEY, Hanne B. (1993). « Discovering Shared Values: Ecological Models to Support Interagency Collaboration », *Journal of Educational Policy*, vol. 8, n° 5-6, p. 33-47.
- POULIN, Pierre (1992). *Évaluation de l'entente auxiliaire Canada/Nouveau-Brunswick sur les centres scolaires et communautaires*, Ottawa, Patrimoine canadien.
- STATISTIQUE CANADA (2002). *Profil des langues au Canada: l'anglais, le français et bien d'autres langues*, dans Recensement de 2001: série « analyses », Catalogue n° 96F0030X1F2001005.