



CHAMBRE DES COMMUNES  
CANADA

# L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ POUR LES COMMUNAUTÉS MINORITAIRES DE LANGUE OFFICIELLE :

fondements juridiques, initiatives actuelles  
et perspectives d'avenir



Rapport du Comité permanent  
des langues officielles

Mauril Bélanger, député  
Président

Octobre 2003

---

Le Président de la Chambre des communes accorde, par la présente, l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ce document à des fins éducatives et à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé de journal. Toute reproduction de ce document à des fins commerciales ou autres nécessite l'obtention au préalable d'une autorisation écrite du Président.

Si ce document renferme des extraits ou le texte intégral de mémoires présentés au Comité, on doit également obtenir de leurs auteurs l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ces mémoires.

Les transcriptions des réunions publiques du Comité sont disponibles par Internet : <http://www.parl.gc.ca>

En vente : Communication Canada — Édition, Ottawa, Canada K1A 0S9

**L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ POUR LES  
COMMUNAUTÉS MINORITAIRES DE LANGUE  
OFFICIELLE :**

**Fondements juridiques, initiatives actuelles et  
perspectives d'avenir**

**Rapport du Comité permanent des  
langues officielles**

**Mauril Bélanger, député  
Président**

**Octobre 2003**







# **LE COMITÉ PERMANENT DES LANGUES OFFICIELLES**

a l'honneur de présenter son

## **NEUVIÈME RAPPORT**

Conformément à l'ordre de renvoi de la Chambre des communes du 20 mars 2003, le Comité permanent des langues officielles s'est penché sur l'objet du projet de loi C-202, *Loi modifiant la Loi canadienne sur la santé (dualité linguistique)*, et a convenu de présenter les observations et recommandations suivantes :





# TABLE DES MATIÈRES

---

LISTE DES ABRÉVIATIONS .....	ix
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 — LES FONDEMENTS CONSTITUTIONNELS ET JURIDIQUES À DES SOINS DE SANTÉ DANS LES DEUX LANGUES OFFICIELLES .....	3
<i>La Loi constitutionnelle de 1867</i> .....	3
La Charte canadienne des droits et libertés.....	5
<i>La Loi canadienne sur la santé</i> .....	8
<i>La Loi sur les langues officielles</i> .....	9
CHAPITRE 2 — L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ DANS LES DEUX LANGUES OFFICIELLES : INITIATIVES ACTUELLES ET PERSPECTIVES D'AVENIR .....	13
Le réseautage .....	18
Les soins primaires .....	19
La formation .....	20
La recherche .....	21
Les nouvelles technologies (Infosanté) .....	24
CHAPITRE 3 — LES MÉCANISMES DE COOPÉRATION INTERGOUVERNEMENTALE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ .....	27
Finances Canada, le TCSPS et la <i>Loi sur les langues officielles</i> .....	29
Conclusion .....	31
LISTE DES RECOMMANDATIONS.....	33
ANNEXE A — LISTE DES TÉMOINS.....	37
ANNEXE B — LISTE DES MÉMOIRES.....	39
ANNEXE C — LETTRE AU PRÉSIDENT DE LA PART DES MINISTRES DE LA SANTÉ ET DES AFFAIRES INTERGOUVERNEMENTALES .....	41

DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT .....	43
OPINION COMPLÉMENTAIRE DU BLOC QUÉBÉCOIS .....	45
PROCÈS-VERBAL.....	47

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

---

ARUC	Alliances de recherche universités-communautés
CCCFSM	Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire (Comité bipartite communautés francophones — Santé Canada)
CCCASM	Comité consultatif des communautés anglophones en situation minoritaire (Comité bipartite communautés anglophones — Santé Canada)
CNFS	Consortium national de formation en santé
CRSH	Conseil de recherches en sciences humaines du Canada
FCFAC	Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada
FAJEFCL	Fédération des associations de juristes d'expression française de common law
FASSP	Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
PLOE	Programme des langues officielles dans l'enseignement
TCS	Transfert canadien en matière de santé
TCSPS	Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux



# INTRODUCTION

---

La présente étude fait suite à une motion adoptée le 19 mars 2003 par un vote majoritaire de 153 contre 35 voix de la Chambre des communes où il a été demandé au Comité permanent des langues officielles de la Chambre des communes de faire rapport au plus tard le 31 octobre 2003 sur la question suivante :

Que le projet de loi C-202, *Loi modifiant la Loi canadienne sur la santé (dualité linguistique)*, ne soit pas lu maintenant pour la deuxième fois, mais que l'ordre soit annulé, le projet de loi retiré et son objet renvoyé au Comité permanent des langues officielles, qui devra faire rapport à la Chambre au plus tard le 31 octobre 2003<sup>1</sup>.

La ministre de la Santé, l'honorable Anne McLellan, et le ministre des Affaires intergouvernementales, l'honorable Stéphane Dion, ont également écrit au président du Comité permanent des langues officielles pour lui demander d'explorer d'autres mécanismes pouvant favoriser un meilleur accès à des soins de santé pour les communautés minoritaires de langue officielle.

À la suite du mandat qui lui a été donné, le Comité a décidé d'orienter son travail sur un premier axe, soit celui de la détermination des fondements juridiques pour l'offre de soins de santé aux minorités linguistiques. Si la Cour d'appel de l'Ontario a mis fin à une longue saga judiciaire le 7 décembre 2001 en tranchant pour le maintien intégral de l'hôpital Montfort d'Ottawa, le débat à savoir si les minorités linguistiques possèdent ou devraient posséder un droit individuel ou collectif à des soins de santé et de services sociaux<sup>2</sup> dans leur langue demeure actuel. Dans le premier chapitre, nous présenterons une synthèse des différents avis juridiques que nous avons demandés sur cette question.

Dans le deuxième chapitre, le Comité présente un bref aperçu de la situation en matière d'accès aux soins de santé dans la langue de la minorité, incluant les initiatives en cours pour améliorer la situation. L'investissement de 119 millions de dollars annoncé en mars dernier dans le volet santé du Plan d'action du gouvernement du Canada sur les langues officielles<sup>3</sup> aura un « effet de levier » certain sur le réseautage, les soins primaires et la formation.

Dans la troisième section, nous verrons qu'il est nécessaire d'inscrire toute la question de l'accès aux soins de santé pour les minorités linguistiques à l'intérieur du débat plus large sur l'avenir du système de santé du Canada. Les mécanismes actuels de coopération entre les gouvernements doivent être mis à profit pour améliorer les

---

<sup>1</sup> *Débats*, Chambre des communes, 19 mars 2003, p. 4447.

<sup>2</sup> Dans le présent rapport, le concept de soins de santé inclut les services sociaux.

<sup>3</sup> Gouvernement du Canada, *Le prochain acte : un nouvel élan pour la dualité linguistique canadienne. Le plan d'action pour les langues officielles*. 2003, p. 79.

services de santé offerts aux minorités linguistiques et surtout, pour en assurer la pérennité à long terme. Le Comité considère que cet enjeu est trop important et fondamental pour être remis en question à tous les cinq ans, au gré du financement disponible et selon le bon vouloir des autorités politiques du moment. Nous savons tous que la santé fait l'objet d'intenses discussions entre les gouvernements provinciaux et le gouvernement du Canada depuis quelques années. Il est grandement temps que les questions relatives aux soins de santé offerts aux minorités linguistiques soient traitées avec l'attention qu'elles méritent par les décideurs en place. Ces discussions devront déboucher par la mise en œuvre de mesures structurantes et à long terme.

# CHAPITRE 1 : LES FONDEMENTS CONSTITUTIONNELS ET JURIDIQUES À DES SOINS DE SANTÉ DANS LES DEUX LANGUES OFFICIELLES

---

La décision de la Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario de fermer l'hôpital Montfort en février 1997, et toute la bataille juridique qui s'en est suivie, a fait naître un débat qui est toujours d'actualité aujourd'hui, soit les droits individuels et collectifs à des soins de santé et de services sociaux dans la langue de la minorité. Cette question a été portée à l'attention des commissions qui se sont penchées sur l'avenir des soins de santé au Canada (Kirby et Romanow)<sup>4</sup>. Le Comité des langues officielles a demandé à quatre experts juridiques de se prononcer sur les fondements constitutionnels et juridiques à des soins de santé dans la langue de la minorité. Plus précisément, nous leur avons demandé de baser leur interprétation sur quatre législations qui nous semblent pertinentes :

- La *Loi constitutionnelle de 1867*, incluant le pouvoir fédéral de dépenser;
- La Charte canadienne des droits et libertés;
- La *Loi canadienne sur la santé*;
- La *Loi sur les langues officielles*.

## **La *Loi constitutionnelle de 1867***

D'entrée de jeu, il est important de faire un rappel sur la répartition des pouvoirs entre les deux ordres de gouvernement. Comme l'a rappelé André Braën, professeur de droit à l'Université d'Ottawa, les gouvernements provinciaux ont reçu de vastes pouvoirs dans le domaine de la santé en vertu de la *Loi constitutionnelle de 1867*. Outre leur compétence à l'égard des hôpitaux et des asiles (art. 92 (7)), ils ont reçu des pouvoirs constitutionnels en santé publique en vertu de leur compétence sur les questions locales ou privées que la Constitution confie aux provinces (art. 92 (16)). Ils administrent également les régimes provinciaux d'assurance maladie, conséquence de leur pouvoir de réglementation en matière de propriété et de droits civils (art. 92 (13))<sup>5</sup>. Bien que les provinces aient une responsabilité prépondérante dans la prestation des soins de santé, il

---

<sup>4</sup> Nous faisons référence ici à l'étude menée par le Comité permanent du Sénat des affaires sociales, des sciences et de la technologie (Comité Kirby) ainsi que celles de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (Commission Romanow) qui ont déposé leurs rapports finaux à l'automne 2002.

<sup>5</sup> *Témoignages*, Comité permanent des langues officielles, réunion n° 31, 37<sup>e</sup> législature, 2<sup>e</sup> session, 17 septembre 2003, (1615).

ne faut pas oublier celles qui relèvent du gouvernement du Canada. Celui-ci intervient dans le secteur de la santé par ses compétences en droit criminel, à la quarantaine, aux hôpitaux de la marine, au commerce interprovincial et international, aux brevets et marques de commerce ou encore, au moyen de son pouvoir relatif à la paix, l'ordre et au bon gouvernement. Le gouvernement fédéral possède également des responsabilités directes quand vient le temps d'assurer l'accès aux soins de santé à certains groupes, notamment les soins primaires aux Premières nations et aux collectivités inuites, ainsi que d'autres services aux vétérans et au personnel de la GRC, du Service correctionnel Canada et des Forces armées. De plus, nous verrons plus loin dans cette section que c'est par son pouvoir de dépenser que le gouvernement du Canada a appuyé l'implantation de régimes provinciaux de santé publique. Le gouvernement du Canada a joué un rôle important dans l'évolution du système de santé canadien et l'on ne peut omettre ce fait dans le sujet que nous traitons.

Le pouvoir de faire des lois concernant l'emploi des langues officielles n'a pas été formellement inscrit dans les articles 91 et 92 de la *Loi constitutionnelle de 1867*. Par conséquent, ce pouvoir appartient aux deux niveaux de gouvernement, à l'intérieur de leurs compétences législatives. La compétence de légiférer sur les questions linguistiques est un pouvoir « accessoire » qui est lié à l'exercice de la compétence législative du Parlement ou des législatures provinciales dans les domaines qui leur sont assignés<sup>6</sup>. Comme l'a affirmé le professeur Pierre Foucher de l'Université de Moncton, « le droit à des soins de santé dans la langue de la minorité relève des provinces<sup>7</sup>. »

Toutefois, depuis 1867, le pouvoir de dépenser est le principal moyen qui a permis au gouvernement central d'exercer son autorité dans le domaine de la santé. La *Loi constitutionnelle de 1867* accorde au Parlement fédéral un pouvoir à peu près illimité d'imposer et de dépenser. Ce pouvoir lui a permis d'intervenir dans des domaines de compétence des provinces comme les soins de santé et d'essayer de les amener à se conformer à des normes nationales uniformes, voire même d'orienter l'esprit de politiques qui relèvent de la compétence des provinces.

Tous les experts que nous avons consultés ont exprimé d'une même voix que le Parlement peut utiliser son pouvoir de dépenser pour appuyer les gouvernements provinciaux dans l'offre de soins de santé dans les deux langues officielles. Cette option serait la voie la plus sûre sur le plan juridique bien que plus controversée sur le plan politique. Il pourrait utiliser son pouvoir de dépenser pour faire des paiements directs aux particuliers, à des tiers ou aux provinces, comme il le fait actuellement pour l'éducation en milieux minoritaires, pour améliorer les services sociaux ou les soins de santé. Bien qu'il

---

<sup>6</sup> C'est ce que la Cour suprême a statué dans l'arrêt *Devine* en 1988 en affirmant que le Québec avait la compétence législative voulue pour légiférer sur l'aspect de la langue dans les domaines de sa compétence législative. Le juge Michel Bastarache est venu confirmer l'arrêt *Devine* sur ce point au paragraphe 14 de l'arrêt *Beaulac* de 1999.

<sup>7</sup> *Témoignages*, Comité permanent des langues officielles, réunion n° 30, 37<sup>e</sup> législature, 2<sup>e</sup> session, 16 septembre 2003, (0915).



ne puisse réglementer directement les activités qui sont de compétence provinciale<sup>8</sup>, le gouvernement du Canada peut les assortir de « conditions » sur la façon dont l'argent doit être dépensé<sup>9</sup>. Cette façon de faire n'a jamais fait l'objet de contestation judiciaire. Par son pouvoir de dépenser, le Parlement canadien pourrait, dans la *Loi canadienne sur la santé* ou dans la *Loi sur les langues officielles*, reconnaître un droit à des soins de santé dans sa langue aux minorités linguistiques et son obligation à lui, comme en éducation, serait d'aider les provinces à remplir cette mission.

Dans la décision qu'elle a rendue dans le *Renvoi relatif à la sécession du Québec*<sup>10</sup>, la Cour suprême du Canada déclare que la Constitution canadienne est fondée sur quatre principes : le fédéralisme, la démocratie, le constitutionnalisme (la primauté du droit) et la protection des droits des minorités<sup>11</sup>. Pour la professeure Martha Jackman de l'Université d'Ottawa, ce dernier principe non écrit de la Constitution canadienne pourrait être invoqué pour démontrer l'obligation de fournir les services dans les deux langues officielles. Elle reconnaît toutefois que jusqu'à maintenant, les tribunaux ont interprété les principes non écrits du *Renvoi relatif à la sécession* comme étant des obligations surtout négatives; c'est-à-dire qui empêche l'État d'agir plutôt que de l'obliger à agir. Or, les droits linguistiques de la Charte canadienne des droits et libertés ont ceci de particulier : ils imposent aux gouvernements l'obligation d'agir. Ces principes non écrits qui ressortent du *Renvoi relatif à la sécession* constituent donc un bon point de départ pour insister sur l'obligation de fournir les services dans les deux langues :

Je pense qu'on a la possibilité d'interpréter ces dispositions ou ces principes comme imposant un devoir d'agir, parce que les droits constitutionnels des minorités linguistiques n'ont pas beaucoup d'effet s'ils n'imposent pas d'obligations positives<sup>12</sup>.

## La Charte canadienne des droits et libertés

Si la Charte canadienne des droits et libertés consacre très clairement les droits à l'instruction dans la langue de la minorité de langue officielle, il est généralement reconnu que ce droit n'est pas présent textuellement dans le domaine de la santé. Toutefois, dans le cadre de différentes commissions sur les soins de santé au Canada (Kirby et Romanow), des témoins ont soulevé l'hypothèse qu'il existerait des droits individuels et

---

<sup>8</sup> *Témoignages*, Comité permanent des langues officielles, réunion n° 30, 37<sup>e</sup> législature, 2<sup>e</sup> session, 16 septembre 2003, (0940).

<sup>9</sup> Une décision de la Cour d'appel de l'Alberta vient confirmer cette thèse : *Winterhaven Stables Ltd. c. Canada* (1988), 53 D.L.R., (4th), p. 434 (traduction).

<sup>10</sup> *Renvoi relatif à la sécession du Québec* [1998], 2 R.C.S. 217 p. 248-249.

<sup>11</sup> Bien qu'ils ne soient pas expressément écrits, ces principes sous-jacents de la Constitution peuvent néanmoins donner lieu à des droits juridiques substantiels. Le principe de la protection des droits des minorités a d'ailleurs été invoqué avec succès dans l'affaire *Montfort*.

<sup>12</sup> *Témoignages*, Comité permanent des langues officielles, réunion n° 30, 37<sup>e</sup> législature, 2<sup>e</sup> session, 16 septembre 2003, (0915).

collectifs à des soins de santé dans la langue du patient<sup>13</sup>. Nous présentons ici les points de vue des experts sur la question.

L'article 7 garantit à chacun et chacune le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne. On ne peut porter atteinte à ces droits sauf en conformité avec les principes de justice fondamentale. Selon la professeure Martha Jackman, il y a là un argument intéressant qui pourrait être soulevé, soit que les soins de santé doivent être accessibles dans le sens de la *Loi canadienne sur la santé* dans la langue de la minorité linguistique pour répondre aux exigences de l'article 7<sup>14</sup>.

D'autre part, le Comité a demandé si le fait de ne pas recevoir des soins de santé dans sa langue pouvait être invoqué comme un motif de discrimination en vertu de l'article 15<sup>15</sup> de la Charte. Dans l'arrêt *Eldridge c. Colombie-Britannique*<sup>16</sup>, la Cour suprême du Canada a jugé qu'une personne sourde a le droit de recevoir des services de santé dans une langue qu'elle est en mesure de comprendre. Ne pas offrir ces services de traduction constituait une discrimination incompatible avec l'article 15 de la Charte. Est-ce que ce droit s'étend aux locuteurs d'une langue minoritaire? Les avis entendus sur la question varient. Pour la professeure Martha Jackman, l'article 15 offre des possibilités extrêmement intéressantes pour les arguments que le Comité veut faire valoir<sup>17</sup>. À l'inverse, il est loin d'être certain que la langue maternelle est visée par l'article 15 selon le professeur Pierre Foucher. Le cas échéant, seule la langue maternelle serait touchée. Deuxièmement, une personne bilingue ne pourrait pas profiter de ce droit. Troisièmement, cela s'appliquerait à toutes les langues et pas seulement aux langues officielles. Enfin, cela donnerait droit à des services de traduction et non à des services directs<sup>18</sup>.

Les experts juridiques ont également exploré les paragraphes 16(1) et 16(3) de la Charte. Le paragraphe 16(1) garantit l'égalité des langues officielles et le paragraphe 16(3) représente ce qu'on appelle le principe de progression : il engage le Parlement et les gouvernements à favoriser la progression vers l'égalité. Jusqu'à présent, ce principe a été interprété de façon à ne pas empêcher les gouvernements d'adopter des mesures qui

---

<sup>13</sup> *Témoignages*, Comité permanent des langues officielles, réunion n° 23, 37<sup>e</sup> législature, 2<sup>e</sup> session, 27 mai 2003, (0905).

<sup>14</sup> Mme Jackman a fait référence ici à la décision de la Cour suprême du Canada datant du 8 mai 2003 qui a accepté d'entendre l'appel du médecin québécois Jacques Chaoulli, qui veut faire déclarer comme étant inconstitutionnels les articles de loi qui interdisent au secteur privé de concurrencer le secteur public en matière de santé. Le demandeur avait été préalablement débouté en Cour supérieure du Québec et en Cour d'appel.

<sup>15</sup> « La Loi ne fait acception de personne et s'applique également à tous, et tous ont droit à la même protection et au même bénéfice de la loi, indépendamment de toute discrimination, notamment des discriminations fondées sur la race, l'origine nationale ou ethnique, la couleur, la religion, le sexe, l'âge ou les déficiences mentales ou physiques ».

<sup>16</sup> *Arrêt Eldridge c. Colombie-Britannique (A.G.)*, [1997], 3 R.C.S. para. 624.

<sup>17</sup> *Témoignages*, Comité permanent des langues officielles, réunion n° 30, 37<sup>e</sup> législature, 2<sup>e</sup> session, 16 septembre 2003, (0920).

<sup>18</sup> *Témoignages*, Comité permanent des langues officielles, réunion n° 30, 37<sup>e</sup> législature, 2<sup>e</sup> session, 16 septembre 2003, (0910).

favorisent la progression vers l'égalité. Toutefois, cela ne les oblige pas à agir. Dans l'arrêt *Beaulac*<sup>19</sup>, la Cour suprême a convenu que le paragraphe 16(1), qui consacre l'égalité linguistique, signifie que les droits qui existent à un moment donné doivent être appliqués également. Toutefois, il est important de préciser que cela n'oblige pas les gouvernements à rajouter des droits. Concrètement, si le droit à des soins de santé dans sa langue était rajouté dans une loi, soit la *Loi sur les langues officielles* ou la *Loi canadienne sur la santé*, les paragraphes 16(1) et 16(3) auraient alors un impact. Le paragraphe 16(3) ferait en sorte que cette loi ne pourrait être contestée sur la base de d'autres articles de la Charte et le paragraphe 16(1) ferait en sorte que l'égalité linguistique imposerait des obligations positives aux gouvernements pour s'assurer que ce droit soit mis en œuvre également.

Les experts ont examiné l'article 20(1) de la Charte, soit celui qui impose au gouvernement fédéral l'obligation d'offrir des services dans les deux langues dans les bureaux centraux et là où il y a une demande importante. Dans le cas où il offre des services directement à certains groupes (Premières nations, collectivités inuites, vétérans, personnel de la GRC, Service correctionnel, Forces armées canadiennes) les soins de santé que le gouvernement fédéral fournit directement font partie des services visés par l'article 20.

Pour les trois territoires, Tory Colvin, président de la Fédération des associations de juristes d'expression française de common law (FAJEFCL), soutient fermement que les articles 16 et 20 de la Charte obligent les gouvernements territoriaux et canadien à offrir des services de santé à tout parlant français des trois territoires, dans la mesure où ils font l'objet d'une « demande importante » ou de par la « vocation du bureau ». Toutefois, dans le cas des trois territoires, bien que le gouvernement du Canada soit responsable des soins de santé, il transfère de plus en plus cette responsabilité aux gouvernements territoriaux. Cette dévolution de responsabilités n'est pas sans créer des difficultés quant à l'application de la *Loi sur les langues officielles* en santé mais aussi dans différents domaines. Il y a ici une zone grise qu'il est nécessaire de clarifier.

## **RECOMMANDATION 1**

**Le Comité demande à la commissaire aux langues officielles de faire enquête pour vérifier si le gouvernement du Canada respecte la *Loi sur les langues officielles* lorsqu'il doit assurer directement des soins à certains groupes ou collectivités ou encore, qu'il s'assure que ses obligations soient rencontrées lorsqu'il transfère ses responsabilités à des tierces parties. Nous demandons à la commissaire de faire rapport au Comité à la suite de ses travaux.**

Serait-il possible de modifier la Charte de façon à y enchâsser un nouveau droit à des soins de santé dans sa langue? Les experts s'entendent pour dire qu'il serait très difficile d'aller de l'avant avec une telle modification constitutionnelle. Pour reconnaître un

---

<sup>19</sup> *R. c. Beaulac*, [1999] 1 R.C.S., para. 768

droit à des soins de santé dans la langue de la minorité dans la Constitution canadienne, il faudrait le consentement unanime de l'ensemble des partenaires de la fédération en vertu de la Partie V de la *Loi constitutionnelle de 1982*. Toutefois, rien n'empêche le Parlement du Canada et une province consentante d'avoir recours à la procédure bilatérale de la formule d'amendement pour inclure un tel droit. Le Comité ne peut qu'espérer que des provinces suivront l'exemple du Nouveau-Brunswick sur la voie de l'égalité linguistique. La *Proclamation de 1993 modifiant la Constitution (Loi sur le Nouveau-Brunswick)* a reconnu constitutionnellement l'égalité des deux communautés linguistiques du Nouveau-Brunswick en modifiant l'article 16 de la Charte canadienne des droits et libertés. Le Nouveau-Brunswick est désormais tenu de protéger et de promouvoir le statut, les droits et les privilèges des deux communautés linguistiques.

### **La Loi canadienne sur la santé**

En troisième lieu, le Comité a demandé aux experts d'examiner la *Loi canadienne sur la santé*. Dans sa forme actuelle, la *Loi canadienne sur la santé* énumère cinq conditions que les gouvernements des provinces et des territoires sont tenus de respecter dans le cadre de leur régime public d'assurance maladie pour avoir droit à la totalité des contributions fédérales versées sous le régime du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS). Ces cinq conditions sont l'universalité, l'intégralité, la transférabilité, la gestion publique et l'accessibilité. La FCFAC, ses membres et plusieurs associations communautaires francophones, ont demandé à maintes reprises l'ajout d'une sixième condition qui porterait sur la dualité linguistique. Le Comité a reçu plusieurs mémoires<sup>20</sup> à ce sujet où il est demandé au Parlement d'inclure l'accès aux soins de santé dans les deux langues officielles dans la *Loi canadienne sur la santé* et d'en faire une condition nécessaire au financement fédéral. Le président de la Fédération des associations de juristes d'expression française de common law est même allé plus loin dans cette argumentation : « l'ajout du sixième principe d'égalité linguistique est essentiel et même constitutionnellement obligatoire. Comme Parlement, vous avez le pouvoir d'attacher des conditions linguistiques au financement. Je dirais même que vous en avez l'obligation<sup>21</sup>. »

Santé Canada exprime des réserves quant à cette proposition. Le Ministère estime que l'approche adoptée jusqu'à présent par le gouvernement du Canada, à savoir

---

<sup>20</sup> Douze organismes ont présenté un mémoire au Comité et plusieurs d'entre eux recommandaient l'ajout d'un principe portant sur la dualité linguistique dans la *Loi canadienne sur la santé*.

<sup>21</sup> *Témoignages*, Comité permanent des langues officielles, réunion n° 30, 37<sup>e</sup> législature, 2<sup>e</sup> session, 16 septembre 2003, (0935).

le soutien des gouvernements provinciaux et des collectivités dans leurs efforts pour fournir un meilleur accès à des services dans la langue des minorités linguistiques, convient davantage que l'ajout d'un sixième principe à la *Loi*<sup>22</sup>. Par ailleurs, les experts juridiques consultés ont mentionné aux membres du Comité qu'il serait très difficile, pour des raisons politiques, d'amender l'actuelle *Loi canadienne sur la santé*<sup>23</sup>.

Le Comité a demandé à ces mêmes experts de se pencher sur un des principes énoncés dans la *Loi*, soit celui sur l'accessibilité. Ce principe exige des provinces qu'elles « offrent les services de santé assurés selon des modalités uniformes et qu'elles ne fassent pas obstacle, directement ou indirectement, et notamment par facturation aux assurés, à un accès satisfaisant par eux à ces services<sup>24</sup>. » Selon Pierre Foucher, il n'est pas exclu à prime abord que le principe d'accessibilité comprenne un accès à des soins de santé dans la langue du patient, s'il est interprété conformément au principe non écrit de protection des minorités. Toutefois, cette interprétation n'a jamais été validée par les tribunaux.

### **La *Loi sur les langues officielles***

En quatrième lieu, les experts ont analysé la *Loi sur les langues officielles*. La partie VII exprime l'engagement du gouvernement canadien à favoriser l'épanouissement des communautés et la progression vers l'égalité de statut et d'usage des deux langues. Un certain courant de pensée soutient qu'il est inutile d'invoquer la partie VII parce qu'elle serait non exécutoire, c'est-à-dire qu'elle ne créerait pas d'obligation.

C'est l'avis qu'a exprimé le ministre des Affaires intergouvernementales, l'honorable Stéphane Dion, lors de son passage à notre comité le 17 mars 2003 pour présenter le Plan d'action du gouvernement du Canada sur les langues officielles. Il est d'avis que la partie VII est un engagement politique et que le Plan d'action en est l'expression concrète. Selon le Ministre, le libellé de la partie VII, en plus d'être vague, implique directement les provinces dans la mise en œuvre de plusieurs initiatives. Par conséquent, il est difficile de concevoir comment le gouvernement du Canada pourrait être tenu responsable d'initiatives qui relèvent des provinces<sup>25</sup>.

---

<sup>22</sup> *Témoignages*, Comité permanent des langues officielles, réunion n° 24, 37<sup>e</sup> législature, 2<sup>e</sup> session, 28 mai 2003, (1535).

<sup>23</sup> *Témoignages*, Comité permanent des langues officielles, réunion n° 30, 37<sup>e</sup> législature, 2<sup>e</sup> session, 16 septembre 2003, (0925).

<sup>24</sup> *Loi canadienne sur la santé*, 1984.

<sup>25</sup> *Témoignages*, Comité permanent des langues officielles, réunion n° 14, 37<sup>e</sup> législature, 2<sup>e</sup> session, 17 mars 2003, (1610).

Or, un jugement récent de la Cour fédérale est venu relancer ce débat. Dans son témoignage du 16 septembre 2003, le professeur Pierre Foucher a fait référence à un jugement de la Cour fédérale rendu le 8 septembre dernier<sup>26</sup> dans lequel elle octroie une ordonnance qui force l'Agence canadienne de l'inspection des aliments à respecter la partie VII. La Cour a estimé que cette section de la *Loi* a une force obligatoire et peut conduire à des ordonnances. Si c'est le cas, le pont est assez facile à faire avec le dossier de la santé. Il serait vraisemblable de croire que le gouvernement du Canada a l'obligation, en vertu de l'article 41 de la *Loi*, de faire tout en son pouvoir pour favoriser le développement des soins de santé dans les deux langues. Le 14 octobre 2003, le ministère fédéral de la Justice a interjeté appel dans cette cause.

De plus, en vertu de l'alinéa 43(1)d), la ministre du Patrimoine canadien, au nom du gouvernement du Canada, a l'obligation de prendre des mesures pour aider les provinces à fournir des soins de santé dans la langue de la minorité. Il est maintenant reconnu que le gouvernement du Canada dépense pour renforcer l'accès des minorités linguistiques à l'éducation et aux services dans leur langue. La partie VII et l'alinéa 43(1)d) se trouvent à être l'expression du pouvoir de dépenser du gouvernement fédéral que nous avons expliqué précédemment dans cette section. Par conséquent, certains experts pensent qu'il serait beaucoup plus efficace et plus facile, tant en termes politiques que dans son application, d'ajouter un droit à l'accès aux soins de santé à la *Loi sur les langues officielles* plutôt que d'amender la *Loi canadienne sur la santé*. La ratification d'un protocole d'entente entre Santé Canada et le ministère du Patrimoine canadien (PCH), sur le modèle de ce qui a été signé en 1997 entre le Conseil du Trésor et PCH, relativement à la mise en œuvre de l'article 41 de la *Loi sur les langues officielles* est une avenue possible ici. Nous y reviendrons plus loin dans la troisième section.

Le débat amorcé depuis quelques années sur les fondements constitutionnels et juridiques à des soins de santé pour les minorités linguistiques n'est sûrement pas terminé; le Comité n'a pas non plus la prétention de l'avoir épuisé. Nous espérons avoir apporté un éclairage nouveau à cette question. Nous verrons dans la prochaine section que plusieurs initiatives sont déjà mises en œuvre et que tout le dossier progresse. Toutefois, ces initiatives pour améliorer l'accès ne doivent pas éluder la nécessité de reconnaître le droit fondamental des minorités linguistiques à recevoir des soins dans leur langue. Le Comité estime qu'une garantie juridique devra être inscrite quelque part par souci d'équité et d'égalité, mais aussi pour renforcer les initiatives qui sont actuellement en œuvre sur le terrain. C'est le constat posé par les associations communautaires que nous avons entendues, mais aussi par des administrateurs d'institutions hospitalières qui travaillent sur le terrain. Il faut continuer la discussion et c'est pourquoi le Comité demande à la Commissaire aux langues officielles d'en faire un dossier prioritaire dans les prochaines années.

---

<sup>26</sup> *Maires de la péninsule acadienne c. Agence canadienne de l'inspection des aliments* (2003 CF 1048).

## **RECOMMANDATION 2**

**Le Comité demande à la commissaire aux langues officielles d'organiser la tenue d'un forum national de réflexion où des experts juridiques se pencheront publiquement sur les meilleures options pour renforcer les assises juridiques des services de santé aux minorités linguistiques, y compris la possibilité d'ajouter un sixième principe sur la dualité linguistique à la *Loi canadienne sur la santé*. Nous demandons à la commissaire de faire rapport au Comité à la suite de ses travaux.**





## CHAPITRE 2 : L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ DANS LES DEUX LANGUES OFFICIELLES : INITIATIVES ACTUELLES ET PERSPECTIVES D'AVENIR

---

Depuis cinq ans, le dossier des services de santé et de services sociaux dans la langue de la minorité a progressé de façon notable. Les communautés minoritaires de langue officielle en ont fait un dossier prioritaire et le centre de leurs revendications politiques.

Du côté des francophones, la décision de la Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario de fermer l'hôpital Montfort en février 1997 et toute la bataille qui s'en est suivie a eu pour effet de mettre en lumière la problématique des soins de santé en français pour les francophones vivant en situation minoritaire au Canada. Toutefois, cette question préoccupait les communautés francophones et acadiennes depuis un certain temps. En juin 2001, la FCFA a coordonné la réalisation d'une étude exhaustive sur la question intitulée *Pour un meilleur accès à des services de santé en français*<sup>27</sup> qui démontrait qu'entre 50 et 55 % des francophones en situation minoritaire n'ont aucun ou peu d'accès à des services de santé en français (Voir tableau 1).

---

<sup>27</sup> FCFA du Canada. *Santé en français — Pour un meilleur accès à des services de santé en français : Étude coordonnée pour le Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire*, Ottawa, juin 2001, p. viii.

**TABLEAU 1**  
**FRANCOPHONES AYANT ACCÈS À DES SERVICES DE SANTÉ EN FRANÇAIS**  
**SELON LE LIEU DE SERVICES (EN PROPORTION DU TOTAL DES**  
**FRANCOPHONES EN SITUATION MINORITAIRE)**

<b>ACCESSIBILITÉ À DES SERVICES EN FRANÇAIS</b>				
Type d'institutions	Aucunement (moins de 10% des situations)	Rarement (entre 10% et 30% des situations)	Partiellement (entre 30% et 90% des situations)	Totalemment (plus de 90% des situations)
Cliniques médicales	28,7 %	25,5 %	19,9 %	25,9 %
Centres de santé communautaire	50,6 %	3,9 %	8,0 %	37,1 %
Services à domicile	25,2 %	24,8 %	19,5 %	30,5 %
Hôpitaux	33,7 %	19,3 %	18,5 %	28,5 %

**Source :** FCFA du Canada. *Santé en français — Pour un meilleur accès à des services de santé en français : Étude coordonnée pour le Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire*, Ottawa, juin 2001, p. 25.

Du côté de la communauté anglophone du Québec, l'accès aux services sociaux et de santé offerts en anglais varie en fonction de différents facteurs tels que le poids démographique, les contraintes économiques et l'évolution des priorités gouvernementales. Au printemps 2000, l'Institut Missisquoi a mené un sondage sur la perception qu'avaient les Québécois anglophones sur les services de santé et les services sociaux obtenus dans leur langue. Si l'accessibilité aux services dans la région administrative de Montréal est assez élevée, elle devient problématique dans les communautés anglophones situées en région. Lors de sa comparution devant notre comité, le Quebec Community Group Network a présenté un tableau qui révèle que dans les régions où les communautés anglophones représentent moins de 2,5 % de la population régionale, le pourcentage des services sociaux et de santé accessibles en anglais est plutôt faible : Bas-Saint-Laurent (17,9 %), Saguenay-Lac-Saint-Jean (16,3 %), Québec (31,7 %), Mauricie (22,8 %), Chaudière-Appalaches (43,3 %) et Lanaudière (41,1 %) (Voir le tableau 2).

L'association qui représente la population anglophone de la péninsule de la Gaspésie, soit le Comité d'action sociale pour les anglophones, qui représente 10 000 personnes ou 10 % de la population, est venu commenter les résultats du sondage de l'Institut Missisquoi devant notre comité. Qu'il s'agisse de soins prénataux, de soins palliatifs ou de prévention, « la communauté anglophone gaspésienne est en crise en termes d'accès aux services de santé<sup>28</sup> ».

Il est important ici de souligner que le droit aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise est reconnu au Québec grâce à des modifications apportées en 1986 à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. L'article 15 de la *Loi* stipule que toute personne d'expression anglaise a « le droit de recevoir en langue anglaise des services de santé et des services sociaux<sup>29</sup> ».

En 1999, le ministre fédéral de la Santé, l'honorable Allan Rock, mettait sur pied un comité consultatif sur les communautés francophones en milieu minoritaire (CCCFSM). Un an plus tard, un comité similaire voyait le jour pour les communautés anglophones en situation minoritaire (CCCASM). Les deux comités ont eu le même mandat, soit de conseiller le ministre fédéral de la Santé sur les façons de favoriser et de soutenir chacune des minorités linguistiques dans le domaine de la santé, conformément à l'article 41 de la *Loi sur les langues officielles*. Chaque comité était composé d'individus œuvrant dans le domaine de la santé et ayant une expertise dans ce domaine.

---

<sup>28</sup> *Témoignages*, Comité permanent des langues officielles, réunion n° 38, 37<sup>e</sup> législature, 2<sup>e</sup> session, 21 octobre 2003, (1020).

<sup>29</sup> *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., chapitre S-4.2, article 15.

**TABLEAU 2**

**Usage de l'anglais dans diverses situations liées aux services sociaux et de santé (SS et S)**

Région	Médecin	CLSC	Info-Santé	Salle d'urgence	Séjour à l'hôpital	Soins de longue durée publics	Résidence privée	Services privés de soins infirmiers	Groupe communautaire	Service global en anglais	Total des situations de service	% des services offerts en anglais	Indice par comparaison avec la moyenne provinciale	Rang régional	Usage de l'anglais dans des situations SS et S, par comparaison avec la moyenne provinciale
	Anglophones bénéficiant de services en anglais (%)														
Québec (province)	86	66	61	73	80	70	72	75	78	5 072	6 727	75,4	1,00	S.O.	S.O.
01 Bas-Saint-Laurent	26	6	31	28	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	15	72	17,9	0,24	15	Très faible
02 Saguenay-Lac-Saint-Jean	42	S.O.	S.O.	8	12	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	19	114	16,3	0,22	16	Très faible
03 Québec	52	21	21	20	27	45	18	S.O.	21	59	187	31,7	0,42	13	Très faible
04 Mauricie et Centre-du-Québec	31	26	13	4	39	19	S.O.	62	15	26	116	22,8	0,30	14	Très faible
05 Estrie	79	72	56	40	65	61	56	89	75	407	630	64,6	0,86	7	Faible
06 Montréal	93	74	69	83	83	75	73	82	80	1 861	2 255	82,5	1,09	2	Élevé
07 Outaouais	92	68	42	69	74	67	70	69	45	347	473	73,4	0,97	4	Moyen
08 Abitibi-Témiscamingue	54	45	27	59	63	50	82	100	100	119	215	55,6	0,74	10	Très faible
09 Côte-Nord	76	71	83	65	92	100	86	95	95	237	301	78,8	1,05	3	Élevé
10 Nord-du-Québec	86	84	100	73	87	89	100	89	71	139	167	83,5	1,11	1	Élevé
11 Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	83	70	60	58	60	66	65	82	74	279	402	69,5	0,92	6	Faible
12 Chaudière-Appalaches	49	46	70	14	44	67	100	S.O.	56	34	78	43,3	0,57	11	Très faible
13 Laval	73	44	55	47	72	89	83	30	64	191	322	59,4	0,79	8	Très faible
14 Lanaudière	56	16	48	41	38	40	81	72	100	52	126	41,1	0,54	12	Très faible
15 Laurentides	64	45	43	49	56	52	65	97	67	186	334	55,7	0,74	9	Très faible
16 Montérégie	75	59	48	78	94	59	82	63	94	674	935	72,1	0,96	5	Moyen

**Remarques :**

1. Ces résultats sont fondés sur les réponses des 3 126 répondants au sondage.
2. L'indice est calculé en comparant le résultat régional à la moyenne provinciale.
3. L'usage « élevé » de l'anglais dans les situations liées aux services sociaux et de santé dans la région 10 est attribuable à l'organisation particulière des services au sein des communautés des Cris et des Inuits de la région du Nord-du-Québec.

Source : CROP et l'Institut Missisquoi, Sondage sur les attitudes, les expériences et les enjeux des communautés anglophones du Québec, juin 2000.

**Source :** Comité consultatif des communautés anglophones en situation minoritaire, Rapport à la ministre fédérale de la Santé, Juillet 2002, p. 12.

Dans son rapport final<sup>30</sup>, le CCCFSM a recommandé au ministre fédéral de la Santé la mise en œuvre de **cinq leviers d'intervention** en vue d'améliorer le niveau d'accessibilité aux services de santé en français :

- la mise en œuvre d'un **réseautage** communautaire entre les représentants de la communauté francophone, les professionnels francophones de la santé, les gestionnaires d'établissements d'enseignement, les gestionnaires d'établissements de santé, les associations professionnelles et les représentants politiques. Les réseaux servent à établir les priorités adaptées à chaque communauté et s'assurent que le modèle mis en place soit compatible avec le système de santé de la province ou du territoire concerné. Précisons ici que la recommandation 28 du rapport de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (Commission Romanow) est venue appuyer l'initiative de réseautage<sup>31</sup>.
- la mise en place d'un **consortium pancanadien pour la formation** dans les sciences de la santé dans le but de remédier à la pénurie de professionnels pouvant servir dans les communautés francophones. Ce réseau national, constitué de plusieurs établissements universitaires et collégiaux, de partenaires communautaires et d'établissements de soins de santé dans les communautés, recevrait le mandat de donner suite aux stratégies de recrutement et de formation de futurs professionnels de la santé.
- L'implantation de **lieux d'accueil** pour la prestation de services de santé en français. Les solutions qui seront adoptées pour améliorer l'accès à des services de santé en français dépendront de la situation particulière de chaque communauté. Les modes de prestation de soins proposés touchent prioritairement les soins primaires bien que les soins spécialisés ne soient pas oubliés.
- L'utilisation accrue des nouvelles **technologies**, afin de renforcer la relation patient-professionnel et de briser l'isolement géographique de certaines communautés. Le développement de l'infrastructure de la santé permettrait de communiquer rapidement et efficacement par le son, l'image et la transmission de données avec un grand nombre de points de service partout au pays. Les nouvelles technologies pourraient également être mises à profit pour offrir de la formation au personnel médical.

---

<sup>30</sup> Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire, *Rapport au ministre fédéral de la Santé*, Septembre 2001, p. 49.

<sup>31</sup> La recommandation 28 énonce que : « Les gouvernements, les autorités régionales de la santé, les dispensateurs de soins de santé, les hôpitaux et les organisations communautaires devraient travailler en étroite collaboration en vue de déterminer quels sont les besoins des minorités de langues officielles et de répondre à ces besoins. » Voir Commission sur l'avenir des soins de santé du Canada, *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada*, Rapport final, Novembre 2002, p. 170.

- Une meilleure **information** sur l'état de santé des francophones en situation minoritaire. Il a été convenu qu'il est nécessaire de recueillir de meilleures données sur cette question. Par la suite, il sera plus facile de cibler les programmes et les infrastructures à mettre en place de même que les campagnes de promotion de la santé ou de prévention des maladies.

Un an plus tard, le CCCASM en est venu aux mêmes conclusions que le CCCFSM dans son rapport soumis à la ministre fédérale de la Santé, l'honorable Anne McLellan. Les moyens d'action que le Comité consultatif anglophone a proposés dans son rapport pour améliorer l'accessibilité à des soins de santé en anglais s'apparentent en tous points à ceux proposés par le CCCFSM soient : le réseautage et la coopération, la formation et le perfectionnement des ressources humaines, les modèles de prestation de services, la technologie et l'information stratégique<sup>32</sup>.

Dans leur rapport respectif, les deux comités consultatifs ont convenu d'accorder une priorité à trois des recommandations, soit le réseautage, la formation et les soins de santé primaires. Dans les pages qui suivent, le lecteur sera à même de constater que des progrès ont été réalisés dans ces secteurs. Dans le domaine de l'information (recherche) des initiatives pourraient éventuellement voir le jour bien que beaucoup de travail reste à faire. Les responsables de la mise en œuvre de certains leviers d'intervention se sont présentés devant le Comité pour nous faire part des progrès accomplis, mais aussi des défis qui restent à relever. Nous présentons une synthèse dans les pages qui suivent.

## **Le réseautage**

Lors de leur témoignage du 27 mai 2003, les dirigeants de la Société Santé en français ont dressé un portrait exhaustif de la situation des soins de santé dans la langue de la minorité. Cet organisme, nouvellement incorporé, est un interlocuteur majeur lorsqu'il est question des soins de santé en français à l'extérieur du Québec. La Société Santé en français est composée de délégués représentant les cinq grands partenaires dans le monde de la santé : les établissements de santé; les organismes communautaires qui se consacrent aux services de santé; les professionnels de la santé; les institutions de formation et des représentants des milieux gouvernementaux (fédéral et provinciaux). Les 17 réseaux qui représentent l'ensemble des provinces et territoires où les francophones sont en situation minoritaire sont représentés au sein de la Société Santé en français, qui constitue en quelque sorte le « réseau national ». Ces réseaux provinciaux et territoriaux sont des regroupements d'individus qui représentent les cinq grands partenaires énumérés précédemment. Les structures organisationnelles varient d'une région à l'autre, reflétant les ressources et les besoins variés des différentes communautés. Dans plusieurs provinces, la mise en place du réseau a été accompagnée de mesures confirmant la volonté du gouvernement provincial de participer à ce

---

<sup>32</sup> Comité consultatif des communautés anglophones en situation minoritaire, *Rapport à la ministre fédérale de la Santé*, juillet 2002, p. 21.

mécanisme de concertation et de mieux reconnaître les besoins de sa communauté francophone en matière de services de santé<sup>33</sup>.

En 2002-2003, Santé Canada<sup>34</sup> a versé 1,9 million de dollars à la Société Santé en français qui ont servi au lancement de l'initiative de réseautage, au maintien de réseaux existants et à la réalisation d'études de faisabilité visant à préparer le terrain en vue de la mise sur pied de réseaux, ainsi qu'à la création du réseau national pouvant appuyer les diverses initiatives prioritaires. Le Plan d'action du gouvernement du Canada sur les langues officielles est venu consolider cette démarche en prévoyant un financement total pour les cinq prochaines années de 10 millions de dollars pour les réseaux francophones et 4 millions pour les réseaux anglophones.

### **Les soins primaires**

Les soins primaires constituent le premier niveau de contact avec le régime de santé. Ils comprennent, entre autres, les visites chez le médecin, l'appel à un service d'infosanté, les services de promotion, de prévention et de réadaptation qui sont fréquemment utilisés par les utilisateurs d'un service de santé.

Le CCCFSM a fait une priorité des soins primaires dès le début de ses travaux. Sous le volet santé du Plan d'action pour les langues officielles, 30 millions de dollars ont été octroyés pour la période 2003-2006 dans le but d'appuyer ce levier d'intervention. Les fonds proviennent du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP) de Santé Canada, un programme mis en place en 2000. Du budget total de 800 millions de dollars sur cinq ans que représente le FASSP, 20 millions de dollars ont été mis à la disposition des minorités francophones et 10 millions aux anglophones du Québec, également sur une période de cinq ans. Rappelons ici que cette somme est en dessous des 25 millions de dollars par année que le CCCFSM estimait nécessaires dans son rapport de septembre 2001 pour la mise en place d'infrastructures où les francophones seraient en mesure d'obtenir des soins de première ligne.

La Société Santé en français a déjà fait une répartition du 20 millions de dollars entre les provinces et les territoires pour indiquer à leurs membres quel genre de financement serait disponible au niveau de la province ou du territoire. Ce sera aux

---

<sup>33</sup> Le gouvernement de la Nouvelle-Écosse vient de créer un poste de coordonnateur des services en français au ministère de la Santé. Le ministère de la Santé de l'Île-du-Prince-Édouard assume la coprésidence du réseau de cette province. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario envisage un arrimage de son réseau de coordonnateurs des services en français avec les quatre réseaux créés dans cette province. Le gouvernement de Terre-Neuve et Labrador vient d'annoncer une contribution financière au fonctionnement du réseau provincial. En Colombie-Britannique, le ministère provincial de la Santé et quelques régies régionales participent aux activités du réseau. Au Manitoba, un groupe de travail tente de déterminer la meilleure approche pour assurer une reconnaissance officielle du réseau francophone à l'intérieur du système de santé provincial. La phase de transition a permis de jeter les bases des réseaux dans toutes les provinces et territoires.

<sup>34</sup> *Témoignages, Comité permanent des langues officielles*, réunion n° 24, 37<sup>e</sup> législature, 2<sup>e</sup> session, 28 mai 2003, (1540).

réseaux d'établir, en respectant les critères du FASSP, quel genre de projets ils veulent mettre en place.

Toutefois, la Société Santé en français s'inquiète du fait que le FASSP viendra à échéance le 31 mars 2006. Alors que le Consortium national de formation en santé reçoit du financement jusqu'en 2008 dans le Plan d'action pour les langues officielles, les projets mis de l'avant par les réseaux dans le domaine des soins primaires risquent de ne pas avoir les ressources financières nécessaires pour être maintenus en place advenant la disparition du FASSP. L'accès à un financement permanent constitue possiblement le plus grand défi que devront relever les réseaux dans les années à venir.

### **RECOMMANDATION 3**

**Le Comité recommande au gouvernement du Canada de s'assurer que les fonds qu'il attribue aux minorités linguistiques pour les soins primaires par le FASSP soient assurés au moins jusqu'en 2008, et par la suite de façon permanente.**

### **RECOMMANDATION 4**

**Le Comité recommande à Santé Canada de soumettre un rapport annuel sur les fonds octroyés aux communautés minoritaires de langue officielle dans le cadre du FASSP de façon à ce que le Parlement et les acteurs concernés puissent avoir une idée précise du rendement et des sommes dépensées. Ce rapport devra également offrir une ventilation des fonds accordés par Santé Canada pour les autres leviers d'intervention proposés par le CCCFSM et le CCCASM.**

## **La formation**

L'accès aux services de santé dans la langue du patient n'est possible que dans la mesure où il y a un nombre suffisant de professionnels sur le terrain pour offrir ces services. Jusqu'en 1999, les programmes de formation en santé offerts en français étaient quasiment inexistants. L'arrivée du Centre national de formation en santé en 1999 a posé les bases de la formation continue dans ces disciplines à l'extérieur du Québec. La deuxième phase de ce projet porte le nom de Consortium national de formation en santé (CNFS). La mission de l'organisme est de mettre en œuvre un réseau d'institutions postsecondaires<sup>35</sup> en français pour appuyer, d'une part, les institutions de formation qui offrent ou pourraient offrir une formation dans le domaine de la santé et, d'autre part, les

---

<sup>35</sup> L'Université Sainte-Anne (Nouvelle-Écosse), l'Université de Moncton (Nouveau-Brunswick), L'Entente Québec/Nouveau-Brunswick, le Collège communautaire du Nouveau-Brunswick (Campbellton), l'Université d'Ottawa (Ontario), la Cité collégiale (Ontario), l'Université Laurentienne (Ontario), le Collège Boréal (Ontario), le Collège universitaire de Saint-Boniface (Manitoba) et la Faculté Saint-Jean (Alberta).



chercheurs qui peuvent renforcer la recherche dans le domaine de la santé ayant trait, en particulier, aux communautés francophones en situation minoritaire.

Dans le cadre du Plan d'action pour les langues officielles annoncé par le gouvernement du Canada en mars dernier, le CNFS a obtenu 63 millions de dollars pour les cinq prochaines années (2003-2008) et la communauté anglophone du Québec, 12 millions de dollars. Les 10 institutions participantes du CNFS se sont données comme objectif d'admettre environ 2 500 étudiants dans 15 disciplines de formation où il y a une interaction linguistique entre le patient et le professionnel. L'atteinte d'un tel objectif pose plusieurs défis : le recrutement des jeunes francophones, l'offre de programmes de formation en régions et la rétention des nouveaux diplômés dans leur milieu. De plus, l'arrivée de nouveaux diplômés sur le marché du travail permettra d'assurer une meilleure qualité de services en français, mais ne comblera pas les besoins qui sont « de trois fois ou même quatre fois plus de professionnels dans le domaine de la santé<sup>36</sup> », selon les dirigeants du CNFS. Il sera important pour les dirigeants du CNFS d'évaluer adéquatement les résultats afin d'avoir une idée des progrès accomplis en matière de formation à la fin de cette deuxième phase. Par exemple, il sera utile pour le CNFS et les décideurs d'avoir une idée assez précise des coûts de formation d'un professionnel francophone pour différentes professions de la santé, mais aussi des indicateurs de succès sur la rétention des professionnels dans leur milieu d'origine.

## **RECOMMANDATION 5**

**Le Comité demande au CNFS d'élaborer des indicateurs de rendement sur la rétention des professionnels de la santé dans leur milieu d'origine et de partager ces indicateurs avec le Comité.**

### **La recherche**

M. Christian Sylvain, directeur de la Section des politiques et planification au Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH), a admis qu'il y avait un manque de recherches sur les langues officielles<sup>37</sup>. Les subventions accordées à des projets touchant les langues officielles et les minorités linguistiques ne représentent qu'une faible proportion du budget total du CRSH. Plusieurs raisons expliquent cet état de fait. Il est souvent plus difficile pour les plus petites universités et collèges francophones de s'insérer dans les grands courants de recherche. Le personnel enseignant de ces établissements académiques doit souvent accorder la majeure partie de son temps à l'enseignement, au détriment de la recherche. De plus, comme l'a mentionné la professeure Anne Gilbert du Centre interdisciplinaire de recherche sur la

---

<sup>36</sup> *Témoignages*, Comité permanent des langues officielles, réunion n° 36, 37<sup>e</sup> législature, 2<sup>e</sup> session, 7 octobre 2003, (0955).

<sup>37</sup> *Témoignages*, Comité permanent des langues officielles, réunion n° 34, 37<sup>e</sup> législature, 2<sup>e</sup> session, 30 septembre 2003, (0930).

citoyenneté et les minorités francophones (Université d'Ottawa), les chercheurs qui travaillent sur les questions linguistiques produisent des travaux de recherche de qualité, mais qui n'obtiennent pas le même niveau de reconnaissance. Ces travaux sont davantage orientés vers la compréhension et la résolution de problèmes sur le terrain. Cette forme de recherche-action, très utile pour la communauté immédiate, n'obtient pas la même reconnaissance de la part des bailleurs de fonds. Pour remédier à la situation, le CRSH a mis en place en 1999 le programme des Alliances de recherche universités-communautés (ARUC). D'après Christian Sylvain du CRSH, les petites universités et collèges francophones se positionnent assez bien dans les premières rondes de financement du programme des ARUC<sup>38</sup>.

De plus, le Plan d'action pour les langues officielles du gouvernement du Canada prévoit la création d'un nouveau domaine de recherche stratégique sur le thème de la « Citoyenneté, culture et identité » qui permettra d'offrir du financement pour des études sur la dualité linguistique et les minorités linguistiques. Nous espérons que dans les prochaines années, ces différentes mesures auront pour résultat d'augmenter la quantité de recherche sur les minorités linguistiques de façon générale et sur les questions afférentes à la santé en particulier.

#### **RECOMMANDATION 6**

**Le Comité recommande que le CRSH accorde une attention particulière, surtout pour les cinq prochaines années, aux projets de recherche sur les questions de santé propres aux communautés minoritaires de langue officielle.**

#### **RECOMMANDATION 7**

**Le Comité demande au CRSH de faire une promotion renouvelée de ses programmes auprès des chercheurs des communautés minoritaires de langue officielle.**

Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) sont les principaux organismes subventionnaires de la recherche dans le domaine de la santé. L'IRSC est composé de 13 instituts, chacun œuvrant dans un domaine particulier. Lors de leur témoignage devant le Comité, l'IRSC a avoué que ce n'est que tout récemment qu'ils ont commencé à s'intéresser aux questions relatives aux soins de santé pour les minorités de langue officielle. Les contacts avec les comités consultatifs francophone et anglophone (CCCFSM et CCCASM) n'en sont encore qu'à leur début. Mentionnons que l'IRSC

---

<sup>38</sup> *Témoignages*, Comité permanent des langues officielles, réunion n° 34, 37<sup>e</sup> législature, 2<sup>e</sup> session, 30 septembre 2003, (0945).

envisage d'appuyer un des 10 membres du Consortium national de formation en santé (CNFS)<sup>39</sup> dans les prochains mois.

Le Comité doute du sérieux dont l'IRSC fait preuve dans la mise en œuvre du Programme des langues officielles du gouvernement du Canada ainsi que de son implication dans le domaine de la recherche sur la santé des communautés minoritaires de langue officielle. Le bilan annuel 2002-2003 sur les langues officielles soumis au Secrétariat du Conseil du Trésor présente des lacunes importantes sur différents enjeux. Par exemple, au moment de la rédaction du présent rapport, le poste de « champion des langues officielles » est vacant depuis six mois et n'a pas encore été pourvu. Il s'agit pourtant d'un poste stratégique dans la fonction publique fédérale. Le champion est chargé de rehausser la visibilité du Programme des langues officielles au sein des institutions fédérales et de servir d'interlocuteur de haut niveau pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire.

Pour toutes ces raisons, nous estimons que l'IRSC doit faire plus. Les 13 instituts des IRSC se concentrent sur les priorités de santé précises pour plusieurs groupes particuliers de Canadiens et, d'après nos témoignages, les enjeux sanitaires relatifs aux minorités linguistiques sont tout simplement absents de leur planification stratégique. Une étude exhaustive préparée pour Santé Canada en 2001 indique « que des recherches spécifiques au Canada sont requises dans ce domaine<sup>40</sup>. »

Le Comité estime que l'IRSC devrait être ajouté aux 29 institutions désignées en vue d'assurer la mise en œuvre des articles 41 et 42 de la *Loi sur les langues officielles*. Le cas échéant, il serait appelé à préparer un plan d'action annuel, après avoir préalablement consulté les communautés de langue officielle vivant en situation minoritaire sur leurs besoins. Lors de sa comparution devant notre comité, M. Mark Bisby, vice-président à la Recherche à l'IRSC, a donné son aval à cette proposition<sup>41</sup>. Au moment où les soins de santé et les services sociaux sont un dossier prioritaire pour les communautés minoritaires de langue officielle, le Comité est fermement convaincu que l'organisme a un rôle prépondérant à jouer dans ce domaine. Le dialogue entamé par l'IRSC avec les minorités linguistiques est un bon début, mais il est nécessaire de s'assurer que ces consultations se fassent à intervalles réguliers et sur une base annuelle. Les plans d'action qui seront élaborés permettront aux parlementaires d'assurer les suivis nécessaires.

---

<sup>39</sup> *Témoignages*, Comité permanent des langues officielles, réunion n° 34, 37<sup>e</sup> législature, 2<sup>e</sup> session, 30 septembre 2003, (1025).

<sup>40</sup> Sarah Bowen, *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*, Étude préparée pour Santé Canada, novembre 2001, p. VIII.

<sup>41</sup> *Témoignages*, Comité permanent des langues officielles, réunion n° 34, 37<sup>e</sup> législature, 2<sup>e</sup> session, 30 septembre 2003, (1045).

## **RECOMMANDATION 8**

**Le Comité demande à l'IRSC de nommer dans les plus brefs délais un nouveau champion des langues officielles et d'informer le Comité de la nomination.**

## **RECOMMANDATION 9**

**Le Comité recommande au gouvernement du Canada d'ajouter l'IRSC à la liste des institutions fédérales désignées dans le cadre de responsabilisation adopté en août 1994 en vue d'assurer la mise en œuvre des articles 41 et 42 de la partie VII de la *Loi sur les langues officielles*.**

## **RECOMMANDATION 10**

**Le Comité recommande la création d'un quatorzième institut à l'IRSC qui s'intéresserait à toutes les questions de santé reliées aux communautés minoritaires de langue officielle.**

### **Les nouvelles technologies (Infosanté)**

L'utilisation des technologies de l'information et des communications (TIC) dans le domaine des soins de santé est souvent appelée « télésanté » ou « infosanté ». L'objet de la télésanté est de partager l'information entre les divers fournisseurs et établissements de soins de santé, et fournir des services de santé sur de courtes et grandes distances<sup>42</sup>. Nous n'avons pas traité de ce levier d'intervention en profondeur dans le cadre de nos travaux, mais des développements récents nous permettent d'entrevoir l'avenir avec optimisme quant à sa mise en œuvre. Lors de son témoignage, le coordonnateur national aux Affaires francophones intergouvernementales, M. Edmond LaBossière, a fait état de l'engagement des ministres des Affaires francophones à faire de la télésanté une priorité. Lors de la récente Conférence ministérielle sur les affaires francophones qui s'est tenue à Winnipeg en septembre 2003, les ministres participants ont adopté un Plan d'action intergouvernemental sur les affaires francophones où l'on énonce « les possibilités de collaboration intergouvernementale en ce qui concerne des lignes téléphoniques régionales ou une ligne nationale de télésanté en français<sup>43</sup>. »

---

<sup>42</sup> Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *La santé des Canadiens — Le rôle du gouvernement fédéral. Volume deux — Tendances actuelles et défis futurs*, janvier 2002, p.110.

<sup>43</sup> Voir le site du Secrétariat des conférences intergouvernementales canadienne : [http://www.scics.gc.ca/cinfo03/830802004a\\_f.html](http://www.scics.gc.ca/cinfo03/830802004a_f.html)

Pour conclure cette section, c'est avec enthousiasme que le Comité a pris connaissance des différentes initiatives qui ont vu le jour sur le terrain depuis cinq ans. Mentionnons entre autres, le réseautage ou le développement du CNFS qui peuvent être cités comme de véritables modèles de concertation et de travail d'équipe. Malgré les gains réalisés, il est dès maintenant nécessaire de penser au lendemain. Les leviers d'intervention mentionnés précédemment (réseautage, soins primaires, formation, recherche, télésanté) seront confrontés tôt ou tard aux défis que représente le financement récurrent de ces initiatives. Certes, le Plan d'action des langues officielles du gouvernement du Canada est venu donner un élan prometteur aux recommandations des deux comités consultatifs. Toutefois, il faut se rappeler que ces investissements, qui s'étalent sur une période de cinq ans, sont relativement modestes proportionnellement au budget global de Santé Canada. C'est pourquoi le Comité croit qu'il est plus que jamais nécessaire d'inscrire la question des soins de santé aux minorités linguistiques à l'intérieur des mécanismes de coopération intergouvernementale qui existent actuellement entre les gouvernements fédéral et provinciaux dans ce secteur. Nous traitons de cette question dans la prochaine section.



## CHAPITRE 3 : LES MÉCANISMES DE COOPÉRATION INTERGOUVERNEMENTALE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ

---

Nous utilisons ici le terme « coopération intergouvernementale » pour désigner l'ensemble des relations qui existent entre les différents ordres de gouvernement d'une fédération instituée dans le but d'atteindre des objectifs communs.

Il est généralement reconnu que la coopération intergouvernementale dans le domaine des langues officielles est bien établie. Dans le domaine de l'éducation, le gouvernement fédéral signe depuis 1970 des ententes bilatérales avec chacun des gouvernements provinciaux et territoriaux (ministère de l'Éducation) et fournit un appui financier pour couvrir une partie des coûts supplémentaires encourus pour offrir l'enseignement dans la langue primaire. Le Programme des langues officielles dans l'enseignement était l'une des principales recommandations de la Commission Laurendeau-Dunton. De plus, le gouvernement du Canada, par l'intermédiaire du ministère du Patrimoine canadien, signe également des ententes fédérales-provinciales en matière de services dans la langue de la minorité sur une base pluriannuelle avec les gouvernements provinciaux et territoriaux dans des domaines clés pour le développement et l'épanouissement des collectivités minoritaires de langue officielle : l'économie, la justice, les services sociaux et les loisirs, etc.

Le 23 septembre dernier, le directeur général des Programmes d'appui aux langues officielles du ministère du Patrimoine canadien, M. Hilaire Lemoine, a fait un bref retour historique sur le Programme des langues officielles en éducation (PLOE). Depuis 30 ans, l'évolution du Programme s'est faite en accord avec les principes de respect mutuel et de partenariat avec les gouvernements participants. Depuis 1998, l'approche par plan d'action avec indicateurs de rendement a amené une transparence et une imputabilité accrues dans la gestion du programme. M. Lemoine a terminé son exposé en insistant sur le fait que le programme a été cité par le passé « comme un modèle de collaboration fédérale-provinciale<sup>44</sup> ».

Lors des travaux de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, plusieurs associations francophones<sup>45</sup> ont demandé la création d'un programme de coopération intergouvernementale en santé, similaire à ce qui existe actuellement dans le

---

<sup>44</sup> *Témoignages*, Comité permanent des langues officielles, réunion n° 32, 37<sup>e</sup> législature, 2<sup>e</sup> session, 23 septembre 2003, (0930).

<sup>45</sup> FCFA du Canada, *Mémoire présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada*, Regina, 4 mars 2002.

domaine de l'éducation. Cette demande a été réitérée par des associations anglophones et francophones qui ont comparu dans le cadre de nos travaux. Le vice-président de la Régie régionale de Beauséjour (Nouveau-Brunswick), M. Gilles Beaulieu, est venu appuyer une telle proposition :

Cette idée (la création d'un PLOS) va certainement dans le même sens que notre demande pour la création d'un fonds dédié aux services de santé en milieu minoritaire. Mieux encore, cette idée assure un encadrement et un engagement des divers ordres du gouvernement dans le développement des services de santé en milieu minoritaire. Une entente intergouvernementale favoriserait, pour les communautés minoritaires, le développement de secteurs en émergence telles la promotion de la santé, la prévention des maladies, la formation de francophones dans les sciences de la santé. Elle permettrait d'accroître l'utilisation des nouvelles technologies, comme la télémédecine et les technologies de l'information, afin de favoriser l'accès des francophones à des services de santé en milieu minoritaire. Une telle entente devrait aussi permettre aux institutions de conserver leurs acquis, assurer le rattrapage et appuyer leur développement auprès des communautés cibles<sup>46</sup>.

Le Comité considère que le PLOE constitue un modèle pratique dont il serait possible de s'inspirer, en tout ou en parties, afin d'améliorer l'accès aux soins de santé pour les minorités linguistiques. Nous croyons que cette proposition mérite d'être étudiée attentivement par le gouvernement du Canada.

Toutefois, il est important que les principes de base d'un tel programme soient inspirés de ceux qui ont fait le succès du PLOE. Premièrement, l'instauration d'un tel programme devra se faire en respectant les champs de compétence des provinces; en accord avec les principes de respect mutuel et de partenariat égal entre les gouvernements. Soulignons que le coordonnateur national des Affaires francophones, Edmond LaBossière, a rappelé au Comité que les territoires et les communautés sont rendus à des degrés d'avancement fort différents en matière de soins de santé dans la langue du patient; un programme de la sorte devrait donc offrir toute la souplesse et la flexibilité nécessaires pour accommoder les différences sur le terrain. Le deuxième principe à respecter, c'est la participation constante des communautés minoritaires de langue officielle à toutes les étapes du processus. Les réseaux pourraient jouer ce rôle en identifiant les priorités sur le terrain et en apportant une valeur ajoutée à la gestion du programme. Troisièmement, la transparence et le caractère redditionnel du financement du système devront être assurés. Il s'agit ici pour le citoyen-contribuable d'avoir une idée des coûts associés à l'offre de services de santé dans la langue de la minorité. Quatrièmement, nous estimons qu'un tel programme devrait être administré par Santé Canada compte tenu de son expertise naturelle dans le domaine. Le choix de confier cette responsabilité à cette institution fédérale est conforme à l'esprit et à la lettre de l'article 41 de la *Loi sur les langues officielles*. Nous suggérons la ratification d'un protocole d'entente entre Santé Canada et Patrimoine canadien (PCH), sur le modèle de

---

<sup>46</sup> *Témoignages*, Comité permanent des langues officielles, réunion n° 35, 37<sup>e</sup> législature, 2<sup>e</sup> session, 1 octobre 2003, (1535).



ce qui existe déjà entre le Conseil du Trésor et PCH. Nous faisons référence ici au protocole d'entente signé en 1997 entre le Conseil du Trésor et le ministère du Patrimoine canadien en vue de la mise en œuvre de l'article 41. Cette entente sert à encourager les institutions fédérales à tenir compte, dans leur processus global de planification stratégique et d'évaluation, de l'engagement du gouvernement envers l'épanouissement et le développement des minorités de langue officielle.

Aussi, de par l'importance du dossier de la santé pour le développement et l'épanouissement des minorités linguistiques, le Comité des langues officielles estime que toute la question de l'accessibilité à des soins de santé pour les communautés minoritaires de langue officielle, y compris la création du programme de coopération intergouvernementale, devra être soulevée d'ici deux ans dans le cadre des prochaines conférences fédérales-provinciales-territoriales des ministres de la Santé. Ces discussions devront avoir lieu avant la date d'échéance des ententes fédérales-provinciales-territoriales sur la santé en 2005-2006. Il est temps que cet enjeu fondamental s'inscrive à l'intérieur des grands forums où se discute l'avenir du système de santé.

#### **RECOMMANDATION 11**

**Le Comité demande au gouvernement du Canada que l'une des prochaines conférences fédérales-provinciales-territoriales des ministres de la santé porte principalement sur la question des soins de santé aux minorités linguistiques.**

#### **RECOMMANDATION 12**

**Le Comité recommande au gouvernement du Canada de créer un programme de coopération intergouvernementale dans le domaine de la santé, géré par Santé Canada, qui viendrait appuyer financièrement les gouvernements provinciaux et territoriaux dans la prestation des soins de santé pour les minorités linguistiques. Ce programme devrait reposer sur les principes suivants : le respect des champs de compétence des provinces, le partenariat égal, la participation des réseaux communautaires de santé et l'imputabilité.**

#### **Finances Canada, le TCSPS et la *Loi sur les langues officielles***

Le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) est le plus important transfert fédéral aux provinces et aux territoires. Il contribue au financement des soins de santé, de l'enseignement postsecondaire, ainsi que de l'aide sociale et des services sociaux, sous forme de versements en espèces et de transferts de points d'impôt. Lors de la conférence fédérale-provinciale pour le renouvellement et la viabilité à long terme des soins de santé qui s'est tenue à Toronto en janvier 2003, les

premiers ministres se sont entendus pour créer le nouveau Transfert canadien en matière de santé (TCS) en avril 2004. Le TCS, qui remplacera le TCSPS, améliorera la transparence et l'imputabilité de l'aide fédérale aux provinces et aux territoires. En tout, 34,8 milliards de dollars alimenteront les régimes provinciaux en matière de santé et de programmes sociaux au cours des cinq prochaines années<sup>47</sup>.

Actuellement, le TCSPS confère aux provinces et aux territoires une certaine autonomie pour répartir les paiements entre les programmes sociaux conformément à leurs priorités, tout en respectant les principes de la *Loi canadienne sur la santé* : la gestion publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité. Ni l'actuel TCSPS ni le futur TCS ne comporte de conditions liées à la dualité linguistique ou au nombre de francophones ou d'anglophones. Le transfert se fait plutôt selon une formule complexe en partie basée sur le nombre d'habitants par province, sans égard aux statistiques démographiques.

Par ailleurs, Finances Canada a expliqué lors de sa comparution devant notre comité que le TCSPS est régi par la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces*, ainsi que par certains règlements de comptabilité fédéraux. Au moment de leur comparution, les fonctionnaires de Finances Canada n'étaient pas en mesure de nous confirmer que la *Loi sur les langues officielles* s'appliquait au TCSPS (hormis l'obligation de rendre leurs documents disponibles au public en anglais et en français). Nous rappelons au lecteur que les engagements énoncés dans l'article 41 de la partie VII de la *Loi sur les langues officielles* s'appliquent à tous les ministères, organismes et sociétés d'État fédéraux.

Le Comité croit que l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé représentait une belle occasion pour le gouvernement du Canada de faire connaître à ses interlocuteurs les besoins des communautés minoritaires de langue officielle en matière de soins de santé. Le gouvernement du Canada devrait accorder plus d'attention à cet enjeu dans ses discussions futures avec les gouvernements provinciaux et territoriaux. Les accords à venir ne doivent plus rester muets sur cet aspect. Par exemple, les besoins des communautés minoritaires de langue officielle auraient pu être identifiés comme un secteur prioritaire dans le nouveau Fonds pour la réforme de la santé<sup>48</sup>. Il en va de même du futur conseil de la santé qui sera créé dans les prochains mois pour faciliter la coopération entre les gouvernements. Nous recommandons que les communautés minoritaires de langue officielle y soient représentées.

---

<sup>47</sup> *Témoignages*, Comité permanent des langues officielles, réunion n° 32, 37<sup>e</sup> législature, 2<sup>e</sup> session, 23 septembre 2003, (1020).

<sup>48</sup> Ce nouveau Fonds prévoit des investissements de 16 milliards de dollars pour les soins primaires, les soins à domicile et la couverture des médicaments d'ordonnance.

## **RECOMMANDATION 13**

**À la lumière de l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé, où un fonds de 16 milliards de dollars a été créé pour appuyer la réforme des soins de santé, et où on a ciblé spécifiquement la réforme des soins de première ligne, les soins à domicile et les coûts sans cesse croissants des médicaments d'ordonnance, le Comité recommande au gouvernement du Canada de cibler également les soins de santé aux communautés minoritaires de langue officielle à l'intérieur de la présente entente et des ententes à venir.**

## **RECOMMANDATION 14**

**Le Comité recommande au gouvernement du Canada de s'assurer que les communautés minoritaires de langue officielle soient représentées au sein du Conseil de la santé.**

## **Conclusion**

Plusieurs initiatives ont été mises de l'avant dans les dernières années pour améliorer les soins de santé aux minorités linguistiques. Il y a eu une appropriation du dossier par les communautés elles-mêmes. Les réseaux sont en place dans chaque province ou sont en voie de l'être. Le Consortium national de formation en santé est fonctionnel et produit depuis quelques années des diplômés dans les professions en sciences de la santé. Aussi, il est important de réfuter le mythe qu'il en coûte nécessairement plus cher d'offrir des soins de santé dans la langue officielle du patient. Nous citons ici le témoignage du président-directeur général de l'hôpital Montfort, M. Gérald Savoie, qui est fort révélateur à ce sujet :

Je peux vous dire que l'Hôpital Montfort est l'hôpital le plus efficace de la province ontarienne. Alors, on se compare avec les 138 autres hôpitaux. On offre les services dans les deux langues, c'est-à-dire dans la langue au choix du client etc. [...] Nous avons pu démontrer que nous étions capable de l'offrir à un prix très très modique<sup>49</sup>.

---

<sup>49</sup> *Témoignages*, Comité permanent des langues officielles, réunion n° 35, 37<sup>e</sup> législature, 2<sup>e</sup> session, 1 octobre 2003, (1640).

Malgré ces progrès considérables réalisés, la situation demeure fragile et vulnérable aux changements politiques. Le Comité permanent des langues officielles réitère l'importance d'un engagement stable et à long terme des gouvernements pour assurer la pérennité des initiatives actuellement en place. Idéalement, l'accès aux soins de santé pour les minorités linguistiques gagnerait à être protégé ou renforcé par des dispositions législatives claires et solides.

# LISTE DES RECOMMANDATIONS

---

## CHAPITRE 1 : LES FONDEMENTS CONSTITUTIONNELS ET JURIDIQUES À DES SOINS DE SANTÉ DANS LES DEUX LANGUES OFFICIELLES

### RECOMMANDATION 1

Le Comité demande à la commissaire aux langues officielles de faire enquête pour vérifier si le gouvernement du Canada respecte la *Loi sur les langues officielles* lorsqu'il doit assurer directement des soins à certains groupes ou collectivités ou encore, qu'il s'assure que ses obligations soient rencontrées lorsqu'il transfère ses responsabilités à des tierces parties. Nous demandons à la commissaire de faire rapport au Comité à la suite de ses travaux.

### RECOMMANDATION 2

Le Comité demande à la commissaire aux langues officielles d'organiser la tenue d'un forum national de réflexion où des experts juridiques se pencheront publiquement sur les meilleures options pour renforcer les assises juridiques des services de santé aux minorités linguistiques, y compris la possibilité d'ajouter un sixième principe sur la dualité linguistique à la *Loi canadienne sur la santé*. Nous demandons à la commissaire de faire rapport au Comité à la suite de ses travaux.

## CHAPITRE 2 : L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ DANS LES DEUX LANGUES OFFICIELLES : INITIATIVES ACTUELLES ET PERSPECTIVES D'AVENIR

### RECOMMANDATION 3

Le Comité recommande au gouvernement du Canada de s'assurer que les fonds qu'il attribue aux minorités linguistiques pour les soins primaires par le FASSP soient assurés au moins jusqu'en 2008, et par la suite de façon permanente.

### RECOMMANDATION 4

Le Comité recommande à Santé Canada de soumettre un rapport annuel sur les fonds octroyés aux communautés minoritaires de langue officielle dans le cadre du FASSP de façon à ce que le Parlement et les acteurs concernés puissent avoir une idée précise du rendement et des sommes dépensées. Ce rapport devra également offrir une ventilation des fonds accordés par Santé Canada pour les autres leviers d'intervention proposés par le CCCFSM et le CCCASM.

#### **RECOMMANDATION 5**

**Le Comité demande au CNFS d'élaborer des indicateurs de rendement sur la rétention des professionnels de la santé dans leur milieu d'origine et de partager ces indicateurs avec le Comité.**

#### **RECOMMANDATION 6**

**Le Comité recommande que le CRSH accorde une attention particulière, surtout pour les cinq prochaines années, aux projets de recherche sur les questions de santé propres aux communautés minoritaires de langue officielle.**

#### **RECOMMANDATION 7**

**Le Comité demande au CRSH de faire une promotion renouvelée de ses programmes auprès des chercheurs des communautés minoritaires de langue officielle.**

#### **RECOMMANDATION 8**

**Le Comité demande à l'IRSC de nommer dans les plus brefs délais un nouveau champion des langues officielles et d'informer le Comité de la nomination.**

#### **RECOMMANDATION 9**

**Le Comité recommande au gouvernement du Canada d'ajouter l'IRSC à la liste des institutions fédérales désignées dans le cadre de responsabilisation adopté en août 1994 en vue d'assurer la mise en œuvre des articles 41 et 42 de la partie VII de la *Loi sur les langues officielles*.**

#### **RECOMMANDATION 10**

**Le Comité recommande la création d'un quatorzième institut à l'IRSC qui s'intéresserait à toutes les questions de santé reliées aux communautés minoritaires de langue officielle.**

## **CHAPITRE 3 : LES MÉCANISMES DE COOPÉRATION INTERGOUVERNEMENTALE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ**

### **RECOMMANDATION 11**

**Le Comité demande au gouvernement du Canada que l'une des prochaines conférences fédérales-provinciales-territoriales des ministres de la santé porte principalement sur la question des soins de santé aux minorités linguistiques.**

### **RECOMMANDATION 12**

**Le Comité recommande au gouvernement du Canada de créer un programme de coopération intergouvernementale dans le domaine de la santé, géré par Santé Canada, qui viendrait appuyer financièrement les gouvernements provinciaux et territoriaux dans la prestation des soins de santé pour les minorités linguistiques. Ce programme devrait reposer sur les principes suivants : le respect des champs de compétence des provinces, le partenariat égal, la participation des réseaux communautaires de santé et l'imputabilité.**

### **RECOMMANDATION 13**

**À la lumière de l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé, où un fonds de 16 milliards de dollars a été créé pour appuyer la réforme des soins de santé, et où on a ciblé spécifiquement la réforme des soins de première ligne, les soins à domicile et les coûts sans cesse croissants des médicaments d'ordonnance, le Comité recommande au gouvernement du Canada de cibler également les soins de santé aux communautés minoritaires de langue officielle à l'intérieur de la présente entente et des ententes à venir.**

### **RECOMMANDATION 14**

**Le Comité recommande au gouvernement du Canada de s'assurer que les communautés minoritaires de langue officielle soient représentées au sein du Conseil de la santé.**





# ANNEXE A

## LISTE DES TÉMOINS

Associations et particuliers	Date	Réunion
<b>Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada</b> Georges Arès, président Diane Côté, agente de liaison	27/05/2003	23
<b>Société Santé en français</b> Hubert Gauthier, président Armand Boudreau, directeur général		
<b>Ministère de la Santé</b> Marcel Nouvet, sous-ministre adjoint, Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité Gigi Mandy, directrice, Division de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> , Direction générale de la politique de la Santé et des Communications	28/05/2003	24
<b>« Quebec Community Groups Network »</b> James Carter, coordonnateur, Réseau communautaire de santé et de services sociaux Sara Saber Freedman, attachée de recherche, « Missisquoi Institute »	11/06/2003	28
<b>Fédération des associations de juristes d'expression française de common law</b> Tory Colvin, président Rénaud Rémillard, directeur général	16/09/2003	30
<b>Université de Moncton</b> Pierre Foucher, professeur de droit		
<b>Université d'Ottawa</b> Martha Jackman, professeure titulaire, Faculté de droit		
<b>Université d'Ottawa</b> André Braën, professeur de droit	17/09/2003	31
<b>Ministère des Finances</b> Glenn R. Campbell, chef, TCSPS et Élaboration des politiques, Direction des relations fédérales-provinciales et de la politique sociale Krista Campbell, analyste de politique principale, TCSPS et Élaboration des politiques, Direction des relations fédérales-provinciales et de la politique sociale Martine Lajoie, analyste de politique principale, TCSPS et Élaboration des politiques, Direction des relations fédérales-provinciales et de la politique sociale	23/09/2003	32

<b>Associations et particuliers</b>	<b>Date</b>	<b>Réunion</b>
<b>Ministère du Patrimoine canadien</b> Hélène Cormier, directrice, Politiques, Programmes d'appui aux langues officielles Hilaire Lemoine, directeur général, Programmes d'appui aux langues officielles	23/09/2003	32
<b>Conseil de recherches en sciences humaines du Canada</b> Anne Gilbert, professeure titulaire, Département de géographie, Université d'Ottawa; directrice de recherche, Francophone et minorités, Centre interdisciplinaire de recherche sur la citoyenneté et les minorités Christian Sylvain, directeur, Politiques et planification	30/09/2003	34
<b>Instituts de recherche en santé du Canada</b> Mark Bisby, vice-président, Recherche Michèle O'Rourke, associée initiatives stratégiques, Institut des services et des politiques de la santé		
<b>Hôpital Montfort</b> Gérald Savoie, président et directeur général	01/10/2003	35
<b>Régie régionale de la santé Beauséjour</b> Gilles Beaulieu, vice-président, Planification et opérations		
<b>Consortium national de formation en santé</b> Pierre Gaudet, directeur général François Houle, vice-recteur adjoint aux études, Université d'Ottawa	07/10/2003	36
<b>Commissariat aux langues officielles</b> Dyane Adam, commissaire Gérard Finn, conseiller auprès de la Commissaire Johane Tremblay, directrice, Direction des services juridiques Guy Renaud, directeur général, Direction générale des politiques et des communications Michel Robichaud, Directeur général, Direction générale des enquêtes	08/10/2003	37
<b>Affaires francophones intergouvernementales (Provinces et Territoires du Canada)</b> Edmond LaBossière, coordonnateur national	21/10/2003	38
<b>« Committee for Anglophones Social Action »</b> Kim Harrison, directrice exécutive Stella Kennedy, directrice, Conseil d'administration « Health and Social Services, Social Worker », Centre Jeunesse Gaspésie-Les Îles		

## **ANNEXE B LISTE DES MÉMOIRES**

---

Assemblée des aînées et aînés francophones du Canada

Chambre économique de l'Ontario

« Committee for Anglophone Social Action »

Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada

Fédération Franco-TéNOise

Fédération nationale des femmes canadiennes-françaises

Victor Goldbloom

Marjorie Goodfellow

« Quebec Community Groups Network »

Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario

Réseau fransaskois santé en français

Société des Acadiens et Acadiennes du Nouveau-Brunswick



**ANNEXE C**

**LETTRE AU PRÉSIDENT DE LA PART DES  
MINISTRES DE LA SANTÉ ET DES AFFAIRES  
INTERGOUVERNEMENTALES**

---

Monsieur Mauril Bélanger, président  
Comité permanent des langues officielles  
Pièce 835, Édifice de la Confédération  
Chambre des communes  
Ottawa, ON K1A 0A6

Monsieur,

La présente a trait à l'étude que le Comité permanent des langues officielles entreprend à la suite de la motion adoptée par la Chambre des communes pour que le Comité permanent étudie l'objet du projet de loi C-202.

Dans la réalisation d'une telle étude, il serait utile que le Comité permanent entende les communautés de langue officielle en situation minoritaire des diverses parties du pays ainsi que les autorités provinciales ou territoriales les plus concernées.

Les soins de santé se sont révélés une priorité particulière pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire. Notre gouvernement a démontré sa détermination à répondre aux défis que ces communautés connaissent en annonçant des investissements de 119 millions de dollars dans le secteur de la santé communautaire au cours d'une période de cinq ans. Afin d'appuyer les efforts du gouvernement, il serait utile que le Comité permanent explore d'autres mécanismes pouvant favoriser un meilleur accès à des soins de santé pour les communautés en question.

Nous suivrons avec intérêt le travail du Comité permanent et nous avons hâte de connaître ses observations et ses recommandations.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur, nos respectueuses salutations.

L'original est signé par :  
A. Anne McLellan  
Ministre de la Santé

L'original est signé par :  
Stéphane Dion  
Ministre des Affaires Intergouvernementales



# DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT

Conformément à l'article 109 du Règlement, le Comité prie le gouvernement de déposer une réponse globale à ce rapport.

Un exemplaire des procès-verbaux pertinents, (*séance n<sup>os</sup> 23, 24, 28, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 38 et 39 incluant le présent rapport*) est déposé.

Respectueusement soumis,

*Le président*

Mauril Bélanger, député





## **OPINION COMPLÉMENTAIRE DU BLOC QUÉBÉCOIS AU RAPPORT DU COMITÉ PERMANENT SUR LES LANGUES OFFICIELLES**

Le Bloc Québécois trouve approprié de joindre à ce rapport une opinion complémentaire pour éclaircir certaines des positions qui y sont proposées. Le Bloc Québécois est heureux d'avoir participé avec assiduité aux réunions du Comité et contribué aux débats qui y ont eu cours. L'ensemble des recommandations est conforme à l'esprit que souhaite donner le Bloc Québécois à ce rapport, plus particulièrement au niveau du respect des champs de compétences des provinces. Par contre, il nous apparaît utile d'apporter les précisions suivantes.

### **Création d'un 14<sup>e</sup> Institut de recherche en santé**

#### **RECOMMANDATION 10**

**Le Comité recommande la création d'un quatorzième institut à l'IRSC qui s'intéresserait à toutes les questions de santé reliées aux communautés minoritaires de langue officielle.**

Le Bloc Québécois est traditionnellement contre l'existence des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) puisqu'ils sont un exemple évident d'empiètement dans un champ de compétence du Québec. Malgré tout, force est d'admettre l'existence de ceux-ci. Nous sommes en mesure de reconnaître une certaine importance et validité à la création d'un quatorzième institut à l'IRSC qui aurait pour objectif de se pencher davantage sur l'accès des minorités francophones hors Québec à des soins de santé dans leur langue.

Bien que le Bloc Québécois demeure opposé aux objectifs promus par le gouvernement du Canada par l'entremise des IRSC, nous consentons à l'importance de l'accès pour les minorités francophones hors Québec aux soins de santé dans leur propre langue.

### **Conseil « national » de la santé**

#### **RECOMMANDATION 14**

**Le Comité recommande au gouvernement du Canada de s'assurer que les communautés minoritaires de langue officielle soient représentées au sein du Conseil de la santé.**

Tel que précisé par le gouvernement du Québec au mois de septembre 2003, le Québec ne participera pas à la création du Conseil de la santé et ne siègera pas au Conseil puisque non seulement le Québec dispose déjà d'un organisme dont le mandat est similaire à ce Conseil, soit le Conseil du bien-être et de la santé, mais la création d'un Conseil « national » de la santé par le gouvernement fédéral est un empiètement manifeste dans un champ de compétence du Québec et des provinces.

Le Bloc Québécois peut se réjouir de la recommandation 14 puisqu'elle permet aux minorités francophones hors Québec de bénéficier d'une représentation juste au sein du futur Conseil. Le Bloc Québécois reconnaît aussi l'importance que veut donner le Comité au respect des langues officielles dans ce contexte.

Enfin, le Bloc Québécois appuie le gouvernement du Québec dans son intention d'échanger de l'information et de collaborer avec le Conseil de la santé du gouvernement fédéral. Le Bloc Québécois persiste toutefois à s'opposer à toute participation du Québec au Conseil créé par Ottawa.

En terminant, Le Bloc Québécois tient à souligner à quel point les témoignages présentés au Comité durant les dernières semaines ont été précieux pour les membres du Comité.

Benoît Sauvageau  
Député de Repentigny  
Porte-parole du Bloc Québécois  
en matière de Langues officielles et de  
Francophonies canadienne et internationale

# PROCÈS-VERBAL

Le mercredi 29 octobre 2003  
(Séance n° 39)

Le Comité permanent des langues officielles se réunit aujourd'hui à huis clos à 16 h 03, dans la pièce 112-N de l'édifice du Centre, sous la présidence de Mauril Bélanger (*président*).

*Membres du Comité présents* : Carole-Marie Allard, Mark Assad, Mauril Bélanger, Eugène Bellemare, John Bryden, Yvon Godin, Benoît Sauvageau, Raymond Simard et Yolande Thibeault.

*Aussi présent* : *Bibliothèque du Parlement* : Marion Ménard, analyste.

Le Comité entreprend l'étude d'une ébauche de rapport concernant son étude de l'objet du projet de loi C-202 et de la question des soins de santé dans les deux langues officielles.

Il est convenu, — Que l'ébauche du rapport modifiée soit adoptée comme étant le neuvième rapport du Comité.

Il est convenu, — Que le rapport soit intitulé: *L'accès aux soins de santé pour les communautés minoritaires de langue officielle : fondements juridiques, initiatives actuelles et perspective d'avenir*.

Il est convenu, — Que le Comité annexe à son rapport les opinions dissidentes ou complémentaires des partis d'opposition, à condition qu'elles ne dépassent pas deux pages et soient remises en version électronique au greffier du Comité, au plus tard à midi, le 30 octobre 2003.

Il est convenu, — Que, dans la mesure où cela ne modifie pas le contenu du rapport, le président, le greffier et les attachés de recherche soient autorisés à apporter au rapport les modifications jugées nécessaires (erreurs de grammaire, de traduction et de style).

Il est convenu, — Que, conformément à l'article 109 du Règlement, le Comité demande au gouvernement de déposer une réponse globale au rapport.

Il est convenu, — Qu'en plus des 550 exemplaires imprimés aux frais de la Chambre, le Comité fasse imprimer 450 exemplaires additionnels du rapport *L'accès aux soins de santé pour les communautés minoritaires de langue officielle : fondements juridiques, initiatives actuelles et perspective d'avenir* avec couverture spéciale.

Il est convenu, — Que le président présente le rapport à la Chambre.

Il est convenu, — Que le public soit informé du travail du Comité par voie de communiqué de presse.

À 16 h 52, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

*Le greffier du comité*

Marc-Olivier Girard