

POUR UN SYSTÈME DE SANTÉ EN FRANÇAIS AMÉLIORÉ AU NOUVEAU- BRUNSWICK

Rapport présenté au premier ministre du Nouveau-Brunswick,
l'Honorable Shawn Graham

Préparé par

Gino LeBlanc

Mars 2010

Table des matières

Contexte.....	1
Objectif de la démarche.....	5
Mandat	6
Défis des communautés linguistiques minoritaires.....	9
Vers une vision de la prise en charge.....	12
Genèse des services de santé en français au Nouveau-Brunswick	13
Santé et mieux-être en français au Nouveau-Brunswick : évolution des connaissances et mobilisation communautaire	16
Constats et recommandations.....	21
Conclusion	39

Contexte

La réforme provinciale en santé de 2008 a transformé l'administration et la gouvernance du système de santé au Nouveau-Brunswick de façon substantielle. Comme nous le verrons, cette réforme s'inscrit dans un continuum d'actions imposées par les gouvernements partout au Canada qui, depuis les années 1980, cherchent à maintenir le contrôle sur l'augmentation progressive des dépenses inscrites au budget de la santé tout en priorisant l'offre de services de qualité auxquels tiennent les citoyens. La plus récente réforme de la santé au Nouveau-Brunswick a suscité des réactions diversifiées. Certains y ont vu une progression vers un système plus intégré à l'échelle de la province avec moins de doublons alors que d'autres ont exprimé des inquiétudes quant à la capacité de la communauté acadienne et francophone de continuer à gérer ses espaces et ses institutions francophones dans le domaine de la santé. Ce sont ces dernières préoccupations qui ont motivé la préparation de ce rapport, commandé par le gouvernement du Nouveau-Brunswick.

Plusieurs voix se sont exprimées publiquement sur la réforme, certaines d'entre elles proposant des solutions constructives et concrètes à la problématique et d'autres tout simplement dénonçant le changement. Certaines personnes ont choisi les médias ou les tribunes politiques pour se faire entendre alors que d'autres ont pris la voie des tribunaux, comme c'est le cas pour le groupe Égalité Santé en français. Chose certaine, la réforme en santé a interpellé l'ensemble de la société civile, car la santé demeure un domaine prioritaire pour tous les citoyens du Nouveau-Brunswick.

L'accès des citoyens francophones à ces services publics dans leur langue est un droit clairement énoncé, mais dans le domaine de la santé, il s'agit, de surcroît, d'une question de sécurité pour les gens. Qui plus est, la reconnaissance que les francophones ont le droit de gérer certaines

institutions nécessaires à leur développement est non seulement un acquis comme principe juridique, il constitue aussi une valeur fondamentale pour la communauté acadienne et francophone. C'est justement l'articulation et la mise en œuvre de ces droits et de ces principes qui est en jeu ici.

Au cours de la dernière décennie, la communauté a identifié ce secteur comme prioritaire et a investi d'importantes ressources dans l'édification de nouvelles associations dans le domaine de la santé. En érigeant des espaces communautaires en santé, il est normal qu'on ait mis l'accent sur les services, la sensibilisation, la formation et l'éducation. Malheureusement, peu d'énergie a été consacrée à l'articulation d'un modèle permettant de réconcilier d'une part les principes de l'autonomie et de la prise en charge par la communauté acadienne et francophone et, d'autre part, les principes de la collaboration et du partage de lieux communs à l'intérieur d'un système provincial qui dessert l'ensemble des citoyens. C'est à la convergence de ces deux axes que je me suis fréquemment trouvé lors de mes nombreuses discussions avec les intervenants que j'ai rencontrés. Le défi est de planifier et de protéger le développement d'espaces francophones dans le domaine de la santé tout en assurant des services de qualité centrés sur les gens du Nouveau-Brunswick. Ces services, ultimement, doivent être livrés par deux réseaux d'établissements à l'intérieur d'un système provincial aux moyens et ressources humaines limités, sans pour autant tomber dans le piège insoutenable d'une duplication de certains services. Enfin, l'articulation d'un nouveau modèle de gouvernance en santé a, en toile de fond, des décennies d'iniquités entre le nord et le sud, entre les milieux urbains et ruraux et entre les deux communautés linguistiques officielles de la province.

On peut alors apprécier qu'il y a beaucoup d'incertitude entourant la réforme en santé de 2008 et nous espérons que nos recommandations viendront préciser la place que doit occuper le français dans la prestation des services

de santé et, de façon toute aussi importante, le rôle de la nouvelle Régie A comme institution francophone et comme structure de gouverne à laquelle participe la communauté acadienne et francophone du Nouveau-Brunswick.

Un projet de réforme de telle envergure peut créer d'énormes défis autant que de nouvelles opportunités. Notre mandat ne prétend pas s'attaquer aux nombreux enjeux faisant partie du défi global de développer et de gérer un système de santé viable, efficace et capable répondre à des besoins croissants. Notre mandat se limite aux enjeux qui ont une incidence sur la gouverne de la Régie A par la communauté acadienne et francophone, le fonctionnement en français de cette régie et, enfin, l'accès aux services en français à l'intérieur du système de santé. Comme elle l'a fait dans le domaine de l'éducation il y a 30 ans, la communauté doit se mettre à la tâche en innovant et en définissant les paramètres d'un nouveau réseau francophone dans le domaine de la santé.

Le dossier de la santé et du mieux-être en français au Nouveau-Brunswick nous a mené sur le terrain des droits linguistiques et du droit constitutionnel. Certains interlocuteurs se sont sentis intimidés par la teneur des propos juridiques et le vocabulaire parfois pointu de ce débat qui porte, en bout de ligne, sur le système de santé et son organisation au sein de l'administration publique provinciale. Il n'en reste pas moins que ces acquis juridiques sont des pièces maîtresses du développement de la communauté. Il n'est pas exagéré de dire que la *Loi reconnaissant l'égalité des deux communautés linguistiques officielles au Nouveau-Brunswick* constitue un élément fondamental du pacte politique néo-brunswickois. Le présent rapport porte principalement sur ces dimensions d'ordre linguistique et de gouverne pour la communauté acadienne et francophone. Néanmoins, même si notre mandat n'était pas de réfléchir à la question de la santé de la population francophone en tant que telle, la réforme de 2008 doit aussi aspirer à

contribuer à l'amélioration de la santé et du mieux-être des francophones et de la prestation des services de qualité.

La santé est considérée partout au monde comme une dimension fondamentale du développement d'une société et un indicateur de la qualité de vie et du dynamisme de ses citoyens. Je remercie les intervenants clés du domaine de la santé et du mieux-être en français au Nouveau-Brunswick, tels la Société Santé et Mieux-être en français, le Centre de formation médicale du Nouveau-Brunswick et le Mouvement acadien des communautés en santé, qui m'ont rappelé à plus d'une reprise que même si mon mandat traitait de questions importantes à l'égard des structures et des services, il ne fallait jamais perdre de vue le patient ou la population qui doit demeurer au centre de la réflexion en tout temps. Le politologue en moi reconnaît l'importance des structures et des mécanismes d'imputabilité et la nécessité pour une communauté minoritaire de gérer ses espaces communautaires afin d'orienter son destin. En tant que père et petit-fils, je reconnais qu'il faut aussi aborder la santé de la perspective du mieux-être de nos familles et de nos communautés en général.

D'ailleurs, en relisant mes notes des rencontres, j'ai été surpris de constater que malgré l'indication très claire donnée à mes interlocuteurs à l'effet que mon mandat portait principalement sur les éléments de nature linguistique et les structures de gouverne de la communauté acadienne et francophone, la majorité des intervenants ont voulu discuter aussi des défis de santé de notre population francophone. On a notamment voulu parler du déclin démographique et de notre population vieillissante, de la pénurie des professionnels francophones dans le domaine de la santé et du mieux-être ainsi que de l'approche trop curative et pas suffisamment préventive de notre système. D'autres ont voulu partager les enjeux entourant les foyers de soins, l'obésité chez les jeunes, les coûts croissants du système ou les temps

d'attente pour les traitements. Ces enjeux se situent bien sûr au-delà de mon mandat, mais je tenais à les souligner pour illustrer que quiconque veut prendre le temps de parler de santé au Nouveau-Brunswick pourra trouver une population attachée à son système qui cherche à contribuer à l'identification de solutions que nous devons identifier dans un avenir rapproché.

Objectif de la démarche

J'ai accepté de préparer ce rapport en toute connaissance de cause. Quand le Premier ministre m'a approché en décembre 2009, le « dossier santé » au sein de la communauté acadienne et francophone était chaud, pour ne pas dire brûlant, et une dynamique de confrontation instituée par le recours aux tribunaux battait son plein. J'entrais de plain-pied dans une situation conflictuelle et j'étais conscient de prendre un risque au nom d'une résolution éventuelle de l'impasse. Mis à part quelques efforts d'un groupuscule de moucharder ceux qui cherchaient des solutions, le tout s'est déroulé assez sereinement. J'ai trouvé sur le terrain, dans toutes les régions du Nouveau-Brunswick, une volonté indéniable de proposer des solutions afin d'améliorer la structure actuelle de notre système de santé.

Voici l'objectif de la démarche tel que présenté par le ministère de la Santé :

« L'objectif de ce dialogue est d'identifier des éléments de solutions en concertation avec des intervenants clés dans le domaine de la santé en français au Nouveau-Brunswick et de présenter au gouvernement du Nouveau-Brunswick des solutions susceptibles de bonifier le système de la santé suivant la réforme de 2008. Cette démarche pourrait éventuellement servir de mesure alternative à la poursuite judiciaire intentée par Égalité Santé en Français Inc., mais ce n'est pas son premier but. Toute démarche expresse visant à régler ce litige n'est donc pas de notre ressort, mais plutôt de celui des avocats retenus par les parties opposées dans le litige. »

Mandat

Le mandat est somme toute succinct et s'articule autour de deux types d'enjeux, les premiers étant liés à la gouvernance de la communauté acadienne et francophone et les seconds à l'accessibilité aux services en français. Au risque de se répéter, ce rapport n'est pas une réflexion sur la réforme de 2008 dans son ensemble. Le système de santé est d'une complexité grandissante et continue à accaparer une part de plus en plus importante du budget provincial. En acceptant le mandat de préparer des recommandations pour l'amélioration du système de santé pour la communauté acadienne et francophone, il était important de bien cerner les paramètres du mandat et de bien identifier les enjeux, car la période de temps limitée pour l'exécution du mandat (70 jours) exigeait une grande précision dans la définition de la problématique à l'étude. Je me suis entendu avec le gouvernement du Nouveau-Brunswick que par le biais de rencontres ciblées, nous engagerions des leaders et intervenants de la communauté acadienne et francophone dans le but d'identifier des alternatives permettant de bonifier, ou d'améliorer, les nouvelles structures mises en place en 2008. Les thèmes à explorer incluaient la structure des régies régionales, leur fonctionnement et la gamme de services offerts à la population.

Cet exercice aurait été impossible sans la participation généreuse des membres du comité d'appui. Ces personnes ne sont en rien liées au contenu de ce rapport. Le titre qui désigne le comité exprime bien le rôle qu'il a joué : un appui. Les propos et les recommandations présentés dans ce rapport m'appartiennent et j'en assume l'entière responsabilité. Mais le comité d'appui a été essentiel pour l'échange d'idées et pour l'identification des personnes à rencontrer, de la documentation à consulter et des recherches afférentes à notre problématique.

Je tiens à remercier les personnes qui ont accepté l'invitation de siéger au comité d'appui pour partager leur expertise dans le domaine de la santé en français au Nouveau-Brunswick :

- Barbara Losier, Directrice générale du Mouvement acadien des communautés en santé
- Gilles Vienneau, Directeur général de la Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick
- Jean-Marie Nadeau, président de la Société de l'Acadie du Nouveau-Brunswick
- Stéphane Leclair, Directeur général du Centre communautaire Sainte-Anne et membre du comité aviseur du Centre de santé Noreen-Richard (Fredericton)
- Dr. Jeannot Castonguay, médecin à la retraite et président du Conseil des gouverneurs de l'Université de Moncton
- Euclide Chiasson, ancien président de la Société nationale de l'Acadie
- Sylvain Vézina, professeur du Département d'administration publique et chercheur au Groupe de recherche et d'innovation sur l'organisation des services de santé (GRIOSS)

J'ai articulé le mandat sous la forme de quatre questions qui ont dirigé mes entretiens avec plus d'une centaine d'intervenants dans toutes les régions de la province. Pour obtenir des commentaires avec le plus grand niveau de candeur possible, compte tenu de la nature délicate du dossier, je me suis engagé de garder confidentielles les interventions des participants. À partir du pentagramme du partenariat proposé par la Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick, nous avons rencontré des intervenants issus des cinq secteurs clés de la santé : les professionnels de la santé, les institutions de formation, la communauté, les gestionnaires d'établissements de santé et les décideurs politiques.

Les quatre thèmes, et questions correspondantes, qui ont animé les rencontres sont les suivantes. Notons que plusieurs sous-questions ont découlé de celles-ci.

1. La gouvernance (le conseil d'administration)
 - Quelles sont les caractéristiques essentielles permettant à la Régie A d'être une institution représentant la communauté acadienne et francophone ?
2. Le fonctionnement de la Régie A (son administration)
 - Quelles sont les caractéristiques essentielles permettant à la Régie A d'être une institution où l'administration fonctionne en français ?
3. L'amélioration des services en français (rétrécissement des écarts entre les régies et amélioration du service en français dans la Régie B)
 - Quelles sont les iniquités entre la Régie A et la Régie B et comment rétrécir les écarts ?
 - Comment assure-t-on une amélioration des services en français au sein de la Régie B ?
4. La formation des professionnels de la santé
 - Quel rôle peut jouer la formation des professionnels de la santé en français dans l'atteinte d'une plus grande égalité des soins de santé au Nouveau-Brunswick ?

Ce rapport est donc le fruit d'une réflexion qui fait suite à dix semaines de rencontres ciblées et de discussions avec des acteurs clés dans le domaine de la santé en français au Nouveau-Brunswick. À l'intérieur d'un laps de temps relativement court, nous sommes arrivés à des recommandations qui, selon nous, pourront permettre de bonifier la réforme importante du système de la santé mise en œuvre en 2008.

Défis des communautés linguistiques minoritaires

Lorsque vient le temps d'organiser leurs voix politiques et d'exprimer leurs priorités de développement dans l'arène politique, les minorités nationales¹ font face à des défis de taille. Les minorités linguistiques au Canada, y compris les Acadiens du Nouveau-Brunswick, bénéficient d'une reconnaissance juridique et d'une infrastructure communautaire permettant le déploiement d'une action sociale et la participation au façonnement de leur développement. La mise en œuvre de ces droits reste à définir et se traduit par un travail continu de cogestion et de dialogue entre le législateur (l'État) et la communauté. L'actualisation de l'égalité réelle est un projet en constante évolution et requiert un lieu commun de partage et de planification. Aujourd'hui, tout projet de développement mis de l'avant par la communauté acadienne doit être soumis à des mesures d'imputabilité et à la bonne utilisation des fonds publics. Toute mise en œuvre d'un espace francophone et d'une entente d'autonomie doit se situer à l'intérieur des paramètres de l'imputabilité de l'Assemblée législative du Nouveau-Brunswick ou du Parlement fédéral.

La reconnaissance des droits linguistiques des communautés minoritaires francophones a progressé sensiblement depuis l'adoption de la *Loi sur les langues officielles* en 1969. Avec la lecture de plus en plus généreuse par les tribunaux de l'étendue de ces droits, les communautés minoritaires francophones ont aussi eu à repenser le développement de leur communauté et à imaginer comment concrétiser ces nouvelles opportunités. À l'échelle canadienne, plusieurs comités conjoints composés de représentants du gouvernement fédéral et des communautés francophones se sont formés dans des secteurs aussi variés que l'immigration francophone, ou encore le

¹ Nous faisons référence ici au concept de minorités nationales tel qu'exprimé dans Will Kymlicka, *La citoyenneté multiculturelle : Une théorie libérale du droit des minorités*, Paris, La Découverte, 2001.

développement économique en français. On ne peut pas en dire autant pour le gouvernement du Nouveau-Brunswick et la communauté acadienne et francophone. Les lieux communs de dialogue se font rares et existent plutôt sur une base ad hoc. Quelle triste ironie qu'au moment de son histoire où la communauté acadienne dispose d'une multiplicité de structures et a une pluralité de capacités d'action communautaire, que ni elle, ni le gouvernement du Nouveau-Brunswick n'ont su instituer un lieu commun de planification et de mise en œuvre du développement.

L'identification du porte-parole ou du représentant de l'État s'avère plus évident que l'identification du représentant légitime de la communauté minoritaire. Cependant, dans le cas des Acadiens, les gouvernements fédéral et provincial ont reconnu la voix communautaire établie depuis plusieurs décennies. Par l'entremise de son réseau associatif, depuis l'ancienne Société Nationale des Acadiens du début du siècle jusqu'à la Société des Acadiens du Nouveau-Brunswick des années 1970 et la Société de l'Acadie du Nouveau-Brunswick fondée tout récemment, la société civile acadienne a toujours cherché à se doter d'outils de représentation communautaire afin d'influencer et défendre ses intérêts collectifs dans les débats politiques et l'élaboration des politiques publiques. Mais les outils dont dispose une minorité linguistique n'ont ni l'ampleur ou la portée de ceux d'un État et les relations de cette communauté avec ses gouvernements et ses sociétés voisines doivent reposer sur des mécanismes d'accommodement et de gestion.

La récente réforme en santé met en jeu les défis les plus fondamentaux de l'aménagement et de la construction par le gouvernement de lieux permettant l'expression de la diversité linguistique et culturelle. Lorsque le gouvernement du Nouveau-Brunswick affirme qu'il aspire à l'égalité réelle entre les francophones et les anglophones, il postule de facto qu'il doit

prendre des mesures pour protéger et promouvoir la langue et les institutions de la minorité francophone. C'est la langue de la minorité francophone qui est menacée par les pressions linguistiques et culturelles environnantes et non celles de la majorité anglophone. Le gouvernement doit établir des mesures permettant le rayonnement de la minorité sans fonder l'ensemble de l'espace public sur des critères ethniques ou linguistiques. Il se doit d'aménager, d'inventer et de trouver des compromis par le dialogue et la discussion entre les groupes de la société.

L'espace politique et les institutions publiques du Nouveau-Brunswick doivent chercher à établir un équilibre entre la reconnaissance des lieux névralgiques et essentiels à la protection de la langue et de la culture de la minorité et l'exigence de constituer un lieu commun pour les anglophones et les francophones qui transcende les différences ethniques et linguistiques. Le génie néo-brunswickois réside dans les nombreuses formules d'accommodement inventées ici même et exportées partout dans la francophonie canadienne. Le modèle du centre scolaire et communautaire pour les milieux fortement minoritaires est une idée conçue ici qui marie le lieu éducatif (école) et la nécessité de l'étendre à un lieu de socialisation, de développement communautaire et de prise en charge pour toute la communauté (centre communautaire). La dualité au sein du ministère de l'Éducation est un modèle de gestion unique au Nouveau-Brunswick qui sert bien ce ministère et qui est, de toute évidence, essentiel au maintien de la langue et de la culture au Nouveau-Brunswick. La constitution de l'Association des enseignants francophones du Nouveau-Brunswick (AEFNB) et de la New Brunswick Teachers' Association (NBTA) comme lieux de développement professionnel distincts, mais qui forment une entité, la Fédération des enseignants du Nouveau-Brunswick (FENB), au moment de défendre les intérêts de nature syndicale, est une autre formule d'accommodement de la diversité linguistique et culturelle.

Face à la problématique en santé devant nous, les mêmes questions d'aménagement émergent :

- Comment concilier la nécessité de créer des institutions gérées par la minorité francophone, mais qui fonctionnent à l'intérieur d'un système provincial commun ?
- Comment créer des espaces où le français est la langue de fonctionnement tout en ayant une obligation de desservir les deux communautés linguistiques ?

Le « vivre ensemble » sous-entend que dans les sociétés qui reconnaissent des droits spécifiques aux minorités, les membres de celles-ci participent à la communauté politique non seulement en tant qu'individus, mais également par l'entremise de leur groupe. Leurs droits dépendent donc en partie de leur appartenance à un groupe et les gouvernements doivent comprendre qu'il s'agit d'une reconnaissance collective et que le développement qui s'ensuit doit être pensé globalement. C'est ainsi que se résume l'importance de ce « vivre ensemble » qui devrait régir toutes les sociétés occidentales. Le Nouveau-Brunswick est, à plusieurs égards, un modèle d'accommodement entre les groupes linguistiques et culturels et il reste à transposer ces concepts au secteur de la santé.

Vers une vision de la prise en charge

J'ai accepté de contribuer à la discussion sur l'organisation des services de santé en français au Nouveau-Brunswick parce que je considère que cette discussion est toute aussi importante que celle tenue il y a 30 ans sur l'organisation du système éducatif en français, où le modèle adopté fut celui de la dualité et des conseils scolaires homogènes. Mais ce modèle dualiste où chaque communauté linguistique a son réseau d'écoles ne peut s'appliquer au système hospitalier, la principale raison étant les coûts exorbitants d'une duplication des établissements. La quasi-unanimité de la communauté acadienne et francophone a affirmé que la duplication des établissements sur

tout le territoire de la province n'est pas la solution à l'importante discussion en cours sur la gestion d'un espace francophone en santé. Dans le cas du système de santé, il faut que la communauté acadienne et francophone, à nouveau, innove et réfléchisse à ce que pourrait ressembler la gouvernance de l'espace francophone en santé.

Même si certaines régions du Nouveau-Brunswick bénéficient de services de santé en français au Nouveau-Brunswick depuis la fin du 19^e siècle, il y a seulement quelques décennies depuis que la communauté acadienne s'est véritablement investie dans le dossier. Bien des progrès ont été accomplis à ce jour grâce à la mobilisation des acteurs communautaires. La mise en contexte historique qui suit tente de mettre en relief le développement des services de santé en français au Nouveau-Brunswick et certaines iniquités qui perdurent.

Genèse des services de santé en français au Nouveau-Brunswick

Si la communauté acadienne et francophone du Nouveau-Brunswick se sent menacée par la réforme de la santé initiée par le gouvernement provincial en 2008, c'est d'abord parce qu'elle craint pour le maintien de ses acquis en matière d'accessibilité aux services de santé en français. Par ailleurs, elle appréhende aussi l'inertie du gouvernement dans la réduction des écarts dans les services de santé entre régions francophones et anglophones de la province. L'organisation des services de santé en français au Nouveau-Brunswick remonte à la seconde moitié du 19^e siècle, grâce notamment aux efforts soutenus des congrégations religieuses. Entre 1868 et 1888, ces pionnières ont jeté les bases du premier réseau hospitalier francophone de la province en fondant les Hôtel-Dieu de Tracadie, de Saint-Basile et de Campbellton. Pendant ce temps, le sud de la province comptait également des hôpitaux dont la langue de fonctionnement était principalement l'anglais. Les fonctions sociales de ces premiers hôpitaux du 19^e siècle étaient bien

différentes de celles du milieu hospitalier contemporain. Avant le début du 20^e siècle, les hôpitaux consistaient plus en des centres d'hébergement pour les malades indigents que des centres de traitement pour l'ensemble de la population. Les progrès scientifiques et médicaux, de même que les exigences de la société, ont contribué à transformer le rôle et le fonctionnement de l'hôpital moderne et à accroître la fréquentation des hôpitaux par toutes les classes de la société.

L'essor du réseau hospitalier francophone au Nouveau-Brunswick s'est poursuivi jusqu'au milieu des années 1960, les congrégations religieuses ayant fondé de nouveaux hôpitaux à Moncton, Bathurst, Edmundston, Dalhousie, Saint-Quentin, Lamèque, Caraquet, Grand-Sault et Sainte-Anne-de-Kent. Ces établissements avaient non seulement été mis sur pied par les congrégations religieuses, mais ces dernières en assuraient également la gestion. Au milieu du 20^e siècle, le système des services de santé du Nouveau-Brunswick pouvait encore être qualifié de peu efficace : « il n'y avait ni coopération, ni coordination entre les établissements.² » Les hôpitaux locaux fonctionnaient de façon isolée, sans faire partie d'un réseau provincial intégré.

Les interventions gouvernementales en matière de santé se sont intensifiées durant la période d'après-guerre, en parallèle avec la montée de l'État-providence, pour assurer un certain niveau de bien-être à l'ensemble de la population. Les services de santé au Nouveau-Brunswick ont connu des progrès importants grâce à la mise en place d'ententes fédérales-provinciales dans le domaine de la santé, dont le programme de partage des coûts de l'assurance-hospitalisation et le régime universel d'assurance-maladie. Or, il y avait quand même des disparités régionales importantes au sein de la province en ce qui avait trait aux soins de santé et des services hospitaliers.

² *Les soins des santé au Nouveau-Brunswick 1784-1984*, Fredericton, Ministère de la Santé, 1984, p. 12.

Les régions rurales, en l'occurrence la plupart des communautés acadiennes et francophones de la province, étaient nettement défavorisées. Le programme Chances égales pour tous, lancé par l'administration de Louis J. Robichaud en 1967, a entraîné la centralisation de plusieurs services publics, dont les services de santé, et la standardisation des normes en matière de soins de santé. Les conseils de santé de chaque comté ont subséquemment été abolis et regroupés en cinq régions administratives dans le but « d'offrir un système coordonné de soins plus efficaces, qui permettait l'égalité d'accès aux services à tous les citoyens.³ » À partir des années 1970, le gouvernement du Nouveau-Brunswick prendra en charge la gestion des hôpitaux privés.

La prochaine réforme majeure des services de santé sera menée par le gouvernement McKenna au début des années 1990. Cette réorganisation s'inscrivait dans un courant d'assainissement des finances publiques et d'amélioration de l'efficacité du réseau hospitalier. Elle a résulté en la diminution du nombre de corporations hospitalières d'une cinquantaine à huit. La réforme de 1992 n'a pas directement répondu aux inégalités nord-sud. Des huit corporations hospitalières, trois desservaient un territoire où la population francophone était majoritaire, soit celles du Nord-ouest, de Restigouche et de Chaleur-Péninsule acadienne, et cinq un territoire où les francophones étaient minoritaires. La régie Beauséjour, qui desservait le sud-est de la province, était en milieu minoritaire, mais fonctionnait en français. En 2002, l'administration Lord remplaçait les corporations hospitalières par des régies régionales de la santé. Le nombre de régies est demeuré à huit jusqu'à la réforme du gouvernement Graham en 2008.

³ Ibid., p. 15.

Santé et mieux-être en français au Nouveau-Brunswick : évolution des connaissances et mobilisation communautaire

Depuis les années 1980, la communauté acadienne du Nouveau-Brunswick, par le truchement de ses organismes porte-parole, a certainement contribué à l'avancement des connaissances sur la santé en français dans la province. La Société de l'Acadie du Nouveau-Brunswick (SANB)⁴ a commandé une recherche majeure sur la santé des francophones. La publication de *Objectif 2000 : vivre en santé en français au Nouveau-Brunswick*, un ouvrage en trois tomes réalisé par Jean-Bernard Robichaud, paraissait au milieu des années 1980⁵. Cette recherche met notamment en relief les écarts existant entre les régions francophones et anglophones de la province en matière de soins de santé. L'étude montre que les hôpitaux à caractère anglophone du sud de la province étaient, compte tenu du bassin de population à desservir, mieux nantis en termes de ressources humaines et financières. Par ailleurs, l'étude souligne aussi des écarts défavorables au réseau hospitalier francophone en ce qui concerne la disponibilité des services, surtout les services secondaires spécialisés et tertiaires, et l'accessibilité à ceux-ci. De cet ouvrage se dégage le constat que la région du nord, majoritairement francophone, accusait un sérieux retard sur la région du sud dans l'accessibilité et la disponibilité des services médico-hospitaliers.

À compter des années 1990, l'accès aux services de santé en français est devenu un dossier de revendication pour les communautés francophones en situation minoritaire à l'échelle du pays. La Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada (FCFA) a d'ailleurs coordonné la réalisation d'une toute première étude nationale sur la situation des soins de

⁴ Nous reconnaissons que l'organisme a porté différents noms au cours des dernières décennies, mais nous retenons son appellation actuelle.

⁵ Jean-Bernard Robichaud, *Objectif 2000 : Vivre en santé en français au Nouveau-Brunswick*, 3 volumes, Moncton, Éditions d'Acadie, 1985-1987 (v. 1 La santé des francophones; v. 2 Le système de services de santé; v. 3 Le point de vue de la population).

français pour les minorités francophones à laquelle participait la SANB⁶. Rendu public en 2001, ce rapport dégageait d'importantes disparités en matière d'accès aux soins de santé en français à l'échelle du pays et affirmait le rôle crucial de la langue dans la prestation efficace des soins de santé. Au Nouveau-Brunswick, pendant ce temps, la SANB avait fait de la santé en français un dossier prioritaire, organisant une série de forums de consultation et de concertation sur le sujet. En 2003 paraissait une nouvelle recherche d'envergure sur la santé des francophones du Nouveau-Brunswick, réalisée sous la direction de Léandre Desjardins et parrainée par la SANB⁷. Cette étude révèle, entre autres, que les hôpitaux à caractère francophone de la province, y compris l'Hôpital régional Dr. Georges-L. Dumont, sont toujours en déficit par rapport à leurs homologues anglophones en ce qui a trait à l'accès aux programmes spécialisés et aux médecins, en particuliers les spécialistes. On recommande des mesures de rattrapage pour corriger les inégalités persistantes entre francophones et anglophones.

Pendant ce temps, la communauté acadienne et francophone du Nouveau-Brunswick s'est dotée d'outils et de moyens pour faire avancer les services de santé et de mieux-être en français. On assistait à l'émergence d'une vision élargie de la santé qui intégrait la prévention et le mieux-être. En 1996, les efforts d'organismes communautaires, dont la SANB et l'Association francophone des municipalités du Nouveau-Brunswick (AFMNB), ont contribué à l'arrivée du concept de « Communautés en santé » en Acadie du Nouveau-Brunswick. Ce concept encourage la prise en charge de la santé par les communautés et populations locales par le biais d'une démarche collective vers le mieux-être. La démarche a mené à la fondation du

⁶ 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.

⁷ Léandre Desjardins (sous la dir. de), *La santé des francophones du Nouveau-Brunswick: étude entreprise par la Société des Acadiens et Acadiennes du Nouveau-Brunswick*, Moncton, Éditions de la Francophonie, 2003.

Mouvement acadien des communautés en santé du Nouveau-Brunswick (MACS-NB) en 1999, un réseau dynamique de mobilisation et d'accompagnement des communautés et populations locales acadiennes et francophones dans la prise en charge de leur mieux-être.

L'établissement en 2002 de la Société Santé en français a grandement contribué à l'organisation et de la mobilisation des communautés francophones vivant en situation minoritaire. Réseau national qui a pour objectif de promouvoir le développement de la santé en français pour les communautés acadiennes et francophones en situation minoritaire, la Société regroupe actuellement 17 réseaux régionaux, provinciaux et territoriaux, dont trois réseaux membres de la Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick (Réseau-action Communautaire, Réseau-action Organisation des services et Réseau-action Formation et recherche). Le réseau du Nouveau-Brunswick est le seul au pays à intégrer une vision commune du mieux-être et de la santé comme piliers de sa structure. Inspiré de l'Organisation mondiale de la santé, le modèle de gouvernance du réseau Société Santé en français repose sur l'engagement de cinq partenaires : les décideurs politiques, les professionnels de la santé, les gestionnaires des établissements de soins, les institutions de formation et les communautés.

En 2004, la Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick (SSMEFNB) amorçait un vaste projet pour préciser les besoins de la communauté acadienne et francophones et pour effectuer la planification des services de santé primaires. Appelée Préparer le terrain, cette initiative cible deux voies d'interventions : accroître l'accès aux services de santé en français (ce qui inclut entre autres le développement de programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies qui visent à améliorer l'état de santé et la prise en charge de la santé chez les individus et dans les communautés) et accroître la disponibilité des professionnels de la santé

capables de s'exprimer en français. La mobilisation des acteurs communautaire a contribué à d'importantes réalisations au cours des dernières années, notamment l'ouverture de centres de santé communautaire en français à Fredericton et Saint-Jean.

L'augmentation du nombre d'établissements de soins francophones au cours du 20^e siècle avait eu pour effet d'accroître la demande pour des professionnels acadiens et francophones dans le domaine de la santé. Le Nouveau-Brunswick est effectivement aux prises avec une pénurie de professionnels de la santé francophones depuis plusieurs décennies. La communauté acadienne et francophone du Nouveau-Brunswick a franchi un autre pas important en septembre 2006 avec l'ouverture officielle du Centre de formation médicale du Nouveau-Brunswick (CFMNB) sur le campus de Moncton de l'Université de Moncton. Ce site délocalisé de formation médicale de l'Université de Sherbrooke permet désormais aux étudiants acadiens et francophones de recevoir une formation médicale en français basée dans les communautés de la province et tournée vers les besoins de celles-ci.

L'ouverture du CFMNB est le résultat de plusieurs années de collaborations entre les gouvernements du Nouveau-Brunswick et du Québec. En 1981, les deux provinces avaient conclu le Programme de formation médicale francophone du Nouveau-Brunswick (PFMFNB), qui visait la formation en français d'étudiants de la province dans les facultés de médecine de trois universités québécoises (Sherbrooke, Montréal et Laval). L'objectif que poursuivait le PFMFNB était l'augmentation du nombre de médecins francophones dans les régions à majorité francophone de la province afin de palier à la pénurie de médecins dans ces régions plutôt rurales. Le PFMFNB exposait les étudiants très tôt dans le curriculum à la possibilité de faire leurs stages cliniques en région et d'y retourner pratiquer une fois leurs études complétées. Le gouvernement provincial a commencé à resserrer ses liens

avec l'Université de Sherbrooke à compter de 1992 avec la désignation de l'Hôpital régional Dr. Georges-L. Dumont comme hôpital d'enseignement affilié à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke. Quelques années plus tard, en 1996, à la suite d'une concertation avec le gouvernement du Nouveau-Brunswick, les régies régionales à prédominance francophone et la direction de la PFMFNB, la décision fut prise que l'Université de Sherbrooke rapatrierait trois quarts des 24 étudiants francophones du Nouveau-Brunswick inscrits en médecine au Québec. Depuis 2003, l'Université de Sherbrooke accepte annuellement 24 étudiants francophones du Nouveau-Brunswick sur un total de 30 inscriptions possibles. Aujourd'hui, ces 24 étudiants reçoivent leur formation au Nouveau-Brunswick, y compris des stages dans plusieurs communautés francophones de la province. La délocalisation de la formation médicale constitue une première au sein de la Francophonie minoritaire canadienne.

Le Consortium national de formation en santé (CNFS) a été un partenaire essentiel à la mise sur pied du CFMNB. Le CNFS est un organisme national qui regroupe onze institutions d'enseignement universitaire et collégial à l'échelle du pays, dont l'Université de Moncton, qui offrent des programmes d'études en français dans diverses disciplines de la santé. Il vise à accroître la présence et l'apport de professionnels de la santé et de chercheurs francophones pour répondre, en français, aux besoins des communautés francophones en situation minoritaire de sorte à contribuer de manière significative au mieux-être et au plein épanouissement de celles-ci. Le CNFS – Volet Université de Moncton appuie à la fois la formation et la recherche en français. L'Université de Moncton offre environ une vingtaine de programmes d'études du domaine de la santé et du mieux-être, dont certains en partenariat avec le Collège communautaire du Nouveau-Brunswick. L'ensemble de ces formations répondent à d'importants besoins au sein des communautés acadiennes et francophones. Bref, c'est grâce à la mobilisation

de nombreux acteurs qu'une infrastructure de la santé et du mieux-être en français a pu se développer au Nouveau-Brunswick depuis les années 1990.

Malgré certains progrès au chapitre des services de santé en français depuis les années 1960, la communauté acadienne et francophone du Nouveau-Brunswick doit continuer d'exhorter le gouvernement provincial à rencontrer ses obligations linguistiques et culturelles vis-à-vis la minorité de langue française et à combler les écarts dans les services de santé entre les régions francophones et anglophones. En 2006, la SANB présentait un plan de réorganisation des services de santé en français qui reposait sur une réelle emprise des francophones sur leurs services de santé et de mieux-être et une structure francophone au sein du ministère la Santé⁸. La structure proposée était composée de représentants des régies francophones, des centres de santé communautaire francophones situés sur un territoire desservi par les régies anglophones ainsi que de la collectivité francophone. Ce Conseil francophone de la santé répondrait à un sous-ministre associé francophone. La réforme de 2008 tiendra compte de certains éléments proposés dans ce projet de la SANB, mais pas tous. Nous osons espérer que les recommandations qui suivent aideront au gouvernement à répondre aux préoccupations exprimées par la communauté acadienne et francophone du Nouveau-Brunswick.

Constats et recommandations

À la lumière des propos que nous avons recueillis lors de nos rencontres, et suite à une recension des écrits et une analyse des modèles potentiels susceptibles d'améliorer et de bonifier la réforme de 2008, voici les constats

⁸ Le plan de la SANB a été présenté dans le cadre d'un colloque national et publié dans un ouvrage collectif. Voir Marie-Pierre Simard, « La santé en français au Nouveau-Brunswick : vivre en santé en français », dans Sylvain Vézina (sous la dir. de), *Gouvernance, santé et minorités francophones: stratégies et nouvelles pratiques de gestion au Canada*, Moncton, Éditions de la Francophonie, 2007, p. 165-186.

et les recommandations que nous faisons au gouvernement du Nouveau-Brunswick. Nous avons tenté d'articuler les recommandations sous forme de mesures concrètes qui puissent être adoptées et mises en œuvre par le biais de nouvelles politiques publiques, ou par des modifications de la Loi par l'Assemblée législative du Nouveau-Brunswick.

I. La nouvelle Régie A est-elle francophone ?

Le statut linguistique de la nouvelle Régie A a fait couler beaucoup d'encre au cours des derniers mois. Dans le cadre de chacune de mes rencontres, les intervenants ont soulevé des questions pertinentes et ont cherché des précisions quant au régime linguistique encadrant la nouvelle Régie A. L'assertion selon laquelle les Acadiens et les francophones ont subi un recul à l'égard de leurs droits linguistiques avec la création de la Régie A a été largement diffusée. Plusieurs ont exprimé des inquiétudes, appréhendant un pas en arrière plutôt qu'une réelle progression. Or, une ambiguïté continue de régner au sein de la population et peu d'intervenants ont jusqu'ici osé corriger les affirmations erronées transmises dans l'arène publique. Certains avancent que la nouvelle Régie A est bilingue sans trop préciser la nature de ce bilinguisme. Il est trompeur de ne pas nuancer les obligations qu'ont les deux régies de la santé de desservir les citoyens dans la langue officielle de leur choix et de ne pas préciser que le français est la langue de fonctionnement et d'administration de la nouvelle Régie A. Est-il important de clarifier certaines dispositions, rédigées de façon plutôt malhabile, dans le texte de loi de la réforme ? Oui, il ne fait aucun doute. Avant de proposer nos recommandations en vue de bonifier la situation actuelle, il faut faire une distinction cruciale par rapport à la situation linguistique au sein de la nouvelle Régie A. Pour déterminer si la Régie A est une institution

francophone qui reflète les priorités de la communauté acadienne et francophone, deux questions distinctes se posent :

- a) Quelle est la langue de fonctionnement de la nouvelle Régie A, en l'occurrence la langue de travail et des opérations du siège social ?
- b) Les mécanismes de gouverne de la nouvelle Régie A (le conseil d'administration) représentent-il effectivement la communauté acadienne et francophone du Nouveau-Brunswick ?

Pour être très clair, la loi créant les deux nouvelles régies de la santé et les règlements administratifs adoptés par la Régie A sont assez explicites : la langue de fonctionnement de la nouvelle Régie A est le français. Sans prétendre avoir toute l'expertise d'un juriste, il a été porté à notre attention que le choix du vocabulaire utilisé dans le projet de loi est malhabile et pourrait être bien plus explicite. Cette remarque est, à notre sens, très valable et nous formulons ci-dessous une recommandation à cet effet. Cependant, à la deuxième question susmentionnée qui porte sur la gouvernance, nous sommes d'avis, de concert avec la quasi-totalité des gens que nous avons rencontrés, qu'il faut apporter des modifications significatives aux mécanismes de gouvernance avant de pouvoir affirmer que le conseil d'administration de la Régie A représente légitimement et démocratiquement les intérêts collectifs de la communauté acadienne et francophone de la province. Des recommandations s'imposent.

a) Le fonctionnement en français de la Régie A

Il est impératif que la langue de fonctionnement de la Régie A soit le français. D'ailleurs, plusieurs cadres et gestionnaires qui travaillent actuellement à la Régie A ont confirmé que dans les faits, les activités quotidiennes de la régie se déroulent en français. Plusieurs ont même renchéri que ce nouvel espace

de santé en français qu'est la Régie A offre une opportunité unique de poursuivre sa carrière de cadre supérieur en gestion des services de santé en français, ce qui est plutôt exceptionnel, y compris au sein du ministère de la Santé à Fredericton. De plus, les dirigeants ont exprimé de manière très claire que leur vision était de faire de la Régie A un espace francophone de la santé et de devenir le chef de file dans le domaine de la santé en français à l'échelle du Canada atlantique.

Certes, la *Loi sur les langues officielles du Nouveau-Brunswick* (et non la réforme en santé de 2008 proprement dite) oblige la nouvelle Régie A de transiger avec le public dans la langue officielle de son choix, mais la langue de fonctionnement de son conseil d'administration et la langue de travail de ses employés au siège social sont le français. La nouvelle Régie A doit-elle offrir des services au public à la fois en anglais et en français ? Oui, quoique même les régies qui existaient avant la réforme, incluant la Régie régionale de la santé Beauséjour et celle d'Acadie-Bathurst, avaient l'obligation de fournir des services dans les deux langues officielles, conformément aux exigences de la *Loi sur les langues officielles du Nouveau-Brunswick*.

Les règlements administratifs adoptés par la Régie A sont un peu plus explicites et affirment sans équivoque que :

- La langue de travail du conseil d'administration sera le français
- La langue de travail au siège social sera le français
- Les établissements continueront de fonctionner dans leur langue habituelle

Ceci veut dire que pour la majorité des établissements, incluant l'Hôpital régional Dr. Georges-L. Dumont, l'Hôpital régional d'Edmundston, l'Hôpital de l'Enfant-Jésus de Caraquet, le français demeurera la langue de fonctionnement et la réforme de 2008 ne change rien à la situation.

Dans les faits, le français est la langue de fonctionnement (la langue de travail et des opérations) au sein de l'administration de la Régie A. Cependant, la *Loi sur les régies régionales de la santé*, telle que rédigée à l'heure actuelle, affirme le fonctionnement en français de la Régie A en se référant à une donnée démolinguistique plutôt que de l'affirmer explicitement. On peut lire, par exemple, aux articles 19 (1) a) et 19 (9) :

19(1) Les activités et les affaires internes d'une régie régionale de la santé sont menées et gérées par un conseil d'administration formé des personnes suivantes:

a) dix-sept membres ayant droit de vote nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil, ces nominations devant être le reflet de la communauté linguistique qu'elle dessert et faire une place et aux hommes et aux femmes, tenir compte des secteurs urbains et ruraux ainsi que du fait que les personnes appelées à occuper ces postes doivent posséder les compétences que le ministre a préalablement jugé impératives pour mener à bien la mission qui leur est confiée;

19(9) Sous réserve du paragraphe (8), le conseil d'administration fonctionne dans la langue de la majorité de la communauté linguistique qu'il dessert; soit en français en ce qui a trait au conseil d'administration de la Régie régionale de la santé A/Regional Health Authority A soit en anglais pour ce qui est du conseil d'administration de la Régie régionale de la santé B/Regional Health Authority B.

La désignation linguistique des régies découle donc de la composition linguistique des citoyens qui occupent le territoire qu'elles desservent. Les choses se compliquent rapidement lorsque l'on constate que les territoires de la Régie A et de la Régie B se superposent dans la région du sud-est, ce qui pourrait laisser croire que la Régie A est seulement 55 % francophone (plutôt que de 85 %) si on ne soustrait pas la population anglophone qui serait, normalement, sous la gouverne de la Régie B. Toutes ces ambiguïtés seraient évitées si on affirmait tout simplement que la Régie A, autant au niveau de son administration que de la langue de fonctionnement de son conseil d'administration, est une régie qui fonctionne en français, sans faire

référence à la majorité linguistique qui occupe le territoire qu'elle dessert. D'ailleurs, précisons brièvement que le choix d'attribuer un territoire aux régions plutôt qu'affirmer l'existence d'un système de santé avec deux réseaux appartenant à chacune des deux communautés linguistiques est discutable. Peu de gens y ont fait référence lors de nos discussions, mais il nous apparaît clair que la construction actuelle de système provincial est plutôt une extension historique issue de la fusion des anciennes régions. Certains intervenants des centres de santé communautaire francophone de Fredericton et de Saint-Jean pensent que ces centres pourraient relever de la Régie A, à tout le moins, pour les services de santé de première ligne. La réflexion doit se poursuivre au sein de ces communautés à cet égard.

Recommandation 1

Afin de clarifier l'intention du gouvernement du Nouveau-Brunswick, nous recommandons qu'une déclaration du Premier ministre affirme que la Régie A constitue une institution francophone. Il importe de préciser l'intention du législateur à l'effet que la Régie A fonctionne en français, respecte la langue de fonctionnement des établissements qui relèvent d'elle et communique avec le public dans la langue officielle de leur choix.

Recommandation 2

Que l'on révisé la *Loi sur les régions régionales de la santé*, L.N.-B. 2002, chap. R-5.05 afin d'explicité le langage juridique permettant d'affirmer que la langue de fonctionnement de l'administration de la Régie A ainsi du Conseil d'administration est le français. Il est souhaitable que toute référence à la langue de la majorité des locuteurs habitant les territoires attribués aux régions soit enlevée et remplacée tout simplement par une affirmation que la Régie A est francophone et que la Régie B est anglophone.

b) La représentativité de la communauté acadienne et francophone au Conseil d'administration de la Régie A

Les gens que nous avons rencontrés ont exprimé à l'unanimité qu'il fallait absolument améliorer la représentativité effective de la communauté acadienne et francophone au sein de l'organe de gestion de la Régie A. La formule actuelle, voulant que le ministre nomme les 17 membres, comporte des problèmes fondamentaux sur le plan de la représentativité et sur le plan de la gestion par et pour la communauté. Tous s'entendent sur l'introduction d'une dimension élective et sur la participation, d'une façon quelconque, de la communauté acadienne et francophone, en particulier ses organismes du domaine de la santé, à la composition de l'organe de gestion de la nouvelle Régie A. Cela dit, plusieurs accueillent favorablement l'élaboration d'un profil des compétences qui a imposé un seuil minimum de connaissances et d'expériences aux membres du conseil d'administration qui sont appelés à gérer la plus grande enveloppe du budget provincial. Il importe, néanmoins, de trouver un équilibre entre un conseil d'administration qui, d'une part, soit imputable devant les électeurs de la communauté acadienne et francophone pour ainsi assurer une représentation légitime de la communauté et qui, d'autre part, possède les compétences et expertises jugées nécessaires à la bonne et saine gestion de la Régie A. De toute évidence, il faut apporter des modifications significatives aux mécanismes de gouvernance actuels afin de pouvoir affirmer que le conseil d'administration de la Régie A représente légitimement et démocratiquement les intérêts collectifs de la communauté acadienne et francophone. Il faut faire en sorte qu'une partie des membres du conseil d'administration de la Régie A soit élue au suffrage universel et qu'une autre partie soit nommée sur la base des compétences des individus. Les compétences visées pour de telles nominations, à tout le moins certaines d'entre elles, devraient inclure la participation active au sein d'organisations francophones dans les domaines de la santé et du mieux-être, du

développement économique et communautaire, de la vie culturelle française, entre autres.

Nous comprenons mal ceux qui ont exprimé que la présence de membres de langue maternelle anglaise (ou d'origine ethnique autre qu'acadienne ou francophone) disqualifie le conseil d'administration comme organe représentatif de la communauté acadienne et francophone. Ces propos nous amènent vers une pente glissante et il est évidemment inadmissible et irrecevable de dresser un profil d'origine ethnique ou d'exclure des individus de langue maternelle autre que le français. Évidemment, la capacité de parler en français et de fonctionner dans un organe qui a le français comme langue de fonctionnement est essentielle et obligatoire. D'ailleurs, il serait à souhaiter que la compétence linguistique fasse justement partie de la grille de compétences élaborée par la Ministre, conformément au paragraphe 19(1) précité. En d'autres termes, la capacité de tous les membres du conseil d'administration d'opérer dans la langue officielle de chaque régie doit constituer un critère essentiel, ce qui aurait pour effet de miser les critères de compétences « linguistiques » seulement et non ethniques ou nationales.

L'Acadie du Nouveau-Brunswick cherche de plus en plus à s'ouvrir au monde et à célébrer la diversité culturelle qui la compose. Nous pensons qu'il est évident qu'un critère de compétence langagière en français s'impose pour les membres du Conseil d'administration de la Régie A. Tout autre critère à l'égard de la langue maternelle ou de l'origine ethnique est complètement inacceptable dans une société pluraliste, démocratique et égalitaire. Ceci étant dit, à la lecture des modalités présentement inscrites à l'égard de la composition du conseil d'administration, on précise l'importance de certaines caractéristiques (par ex. équilibre hommes/femmes, rural/urbain),

mais les compétences linguistiques en français gagneraient à être mentionnées aussi.⁹

Recommandation 3

Que la majorité du conseil d'administration de la Régie A soit formée de représentants de la communauté acadienne et francophone élus au suffrage universel à tous les quatre ans.

Recommandation 4

Afin de bien représenter toutes les régions desservies par le territoire de la Régie A, que les postes élus au sein du conseil d'administration de la Régie A soient représentatifs des zones de santé qui correspondent aux anciennes régies.

Recommandation 5

Que la minorité des représentants au sein du conseil d'administration de la Régie A soit nommée par le ministre de la Santé en consultation avec la communauté acadienne et francophone, en particulier les organismes qui interviennent dans le domaine de la santé et du mieux-être en français au Nouveau-Brunswick. Ces nominations se feront en fonction d'un profil des compétences souhaitées par la direction de la Régie A.

Recommandation 6

Dans l'établissement des critères de représentation et d'un profil des compétences pour les individus qui siégeront au conseil d'administration, il importe d'affirmer explicitement que ces individus doivent posséder les compétences linguistiques nécessaires leur permettant de fonctionner en français dans la gestion des affaires de la Régie A.

⁹ Voir l'article 19 (1) cité précédemment dans le texte.

Recommandation 7

Les noms et les symboles ont un rôle à jouer dans l'édification du tissu social et culturel d'une société. Nous avons constaté que la Régie A a lancé un concours pour se donner une nouvelle appellation et nous félicitons cette initiative. De toute évidence, la Régie A a besoin d'un nom ayant une valeur symbolique importante qui évoque son caractère francophone et nous recommandons qu'elle choisisse un nom qui évoque ce statut linguistique et culturel.

II. Une plus grande équité entre les régies de la santé afin de rétrécir les écarts et améliorer le service en français dans la Régie B

Dans la très grande majorité des rencontres, les participants ont souligné les iniquités historiques dans l'allocation de certains services de santé (niveaux secondaire et tertiaire) et l'attribution des ressources entre les régions anglophones et francophones de la province, entre le nord et le sud et, par conséquent, entre les nouvelles Régie A et B. Nous notons d'ailleurs les écarts historiques constatés dans les excellents travaux de Jean-Bernard Robichaud (1985-1987) et, plus récemment, de Léandre Desjardins (2003). Plusieurs personnes rencontrées ont témoigné que le regroupement des huit anciennes régies sous le nouveau modèle à deux régies permet de visualiser encore mieux les inégalités entre le nord et le sud. Il faudrait cependant faire attention de ne pas créer l'impression que la Régie A doit absolument avoir une duplication de ce qui existe dans la Régie B, ou vice-versa. Tous et chacun sont d'accord pour dire que notre province ne peut se permettre d'avoir deux systèmes de santé. Les intervenants que j'ai rencontrés acceptent tous l'existence d'un seul système de santé comportant deux organes de gestion (les Régies A et B) sous réserve que ce système desserve chaque personne dans sa langue officielle de choix, peu importe l'organe auquel est assujéti l'établissement de santé.

Plusieurs personnes se sont exprimées au sujet des barrières linguistiques toujours présentes au sein de la Régie B. Certes, la Régie B a manifesté sa

volonté d'améliorer l'accès aux services en français et en a fait l'un de ses objectifs stratégiques. Elle s'est engagée à établir un comité de liaison francophone et prévoit élaborer et mettre en œuvre un plan stratégique en matière de langues officielles. Ces initiatives sont louables, mais il faut un engagement encore plus ferme du système de santé en général, et du ministère provincial de la Santé en particulier.

Nous avons rencontré des responsables des langues officielles au sein de la Régie B. Leur rôle est important, nonobstant les ressources limitées auxquelles ils ont accès. La Régie B doit relever d'importants défis en ce qui touche la capacité de ses établissements de soins de santé à offrir des services en français à la communauté francophone habitant son territoire et des services tertiaires à tous les francophones de la province lorsque ceux-ci ne sont pas disponibles dans la Régie A. Ceci illustre l'importance d'avoir un plan qui établit des protocoles pour assurer que la communauté francophone soit servie dans sa langue lorsque les services sont dispensés par la Régie B. L'offre active en français n'est pas un souhait de la communauté acadienne et francophone, mais plutôt un droit que lui confère la *Loi sur les langues officielles du Nouveau-Brunswick*. Des progrès significatifs se font attendre dans le dossier. Le ministère de la Santé, conjointement avec les deux régies de la santé, doit développer un plan d'action qui veille à ce que l'ensemble du système de santé de la province se conforme à la *Loi sur les langues officielles du Nouveau-Brunswick*.

Recommandation 8

Que le plan provincial de la santé soit assorti d'objectifs spécifiques et mesurables en matière de langues officielles.

Recommandation 9

Qu'un plan d'action provincial conjoint entre la Régie A et la Régie B en matière de services dans les deux langues officielles dans le domaine de la santé soit élaboré d'ici 12 mois. Une instance paritaire présidée par le sous-ministre de la Santé sera responsable de la mise en œuvre du plan d'action provincial en matière de langues officielles. Le plan contiendra notamment des mécanismes d'évaluation du rendement et d'imputabilité afin de mesurer les progrès. Les Régies A et B doivent inclure la dimension linguistique dans leur plan régional respectif. Un rapport annuel faisant état des avancements en matière de services dans les deux langues officielles dans le système de santé au Nouveau-Brunswick devra être déposé à l'Assemblée législative.

Dresser une liste comparative des services dans l'une et l'autre des régions peut servir à illustrer certaines inégalités, mais cette liste ne peut pas constituer le fondement du développement futur des nouveaux services pour la Régie A. Le principe de l'égalité linguistique nous oblige de consulter la communauté acadienne et francophone et de planifier son développement avec elle en fonction de ses capacités, de ses volumes cliniques, de ses ressources humaines et de ce qu'elle souhaite développer comme services secondaires ou tertiaires dans son réseau de santé. Il faut bâtir en fonction des principes du besoin et de la complémentarité, et non celui de la duplication. Dresser des listes et dénoncer les iniquités sont des stratégies utiles dans le monde des communications, mais la duplication des services ne correspond pas à une réelle stratégie de développement de la santé en français au Nouveau-Brunswick. Quelle que soit l'expression que l'on emploie – rattrapage, rétrécissement des écarts ou construction de l'équité entre les deux régions – il est crucial de ne pas tergiverser, et surtout de ne pas tarder à mettre sur pied un mécanisme d'évaluation des priorités de la Régie A et d'adopter un premier plan d'action. La distribution des services spécialisés entre les deux régions est effectivement inégale et personne ne peut contester ce déséquilibre. Même s'il s'agit d'une situation qui précède la

réorganisation du système, le ministre de la Santé, au moment de l'annonce de la réforme de 2008, a reconnu ce fait et a confirmé le besoin de procéder à une meilleure allocation des services spécialisés et à rétablir l'équité.

Recommandation 10

Le Premier ministre et la ministre de la Santé doivent confirmer l'engagement du gouvernement à porter une attention spéciale au développement actuel et futur des soins de santé tertiaires dans la Régie A en établissant la première phase d'un plan d'action échelonné sur cinq ans qui assure une plus grande imputabilité dans les efforts de rattrapage de la Régie A. Sous la direction du sous-ministre de la Santé, le comité qui élaborera ce plan d'action devra être formé de représentants de l'équipe de direction des Régies A et B, du sous-ministre délégué (services francophones) ainsi que de représentants de la communauté acadienne et francophone engagée dans le domaine du développement des services de santé et de mieux-être en français.

Recommandation 11

Pour mettre fin à l'accroissement des écarts entre les deux régies de la santé, il est recommandé que l'on applique immédiatement le principe de la « répartition équitable ». Ce principe s'explique comme suit : dans le cas de nouveaux services de santé ou d'extension de services que l'on a l'intention d'offrir dans plus d'un établissement dans la province, le gouvernement s'engage à consulter la régie où le service est inexistant de sorte à lui offrir l'opportunité de le livrer à partir de son réseau de façon prioritaire. Le principe de « répartition équitable » s'inscrit dans une perspective de rattrapage et l'objectif est d'offrir un deuxième point de service ou une extension de service, dans la mesure du possible, dans la régie qui ne l'offre pas présentement.

III. Le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick : un acteur dans le développement de la santé en français

Certaines personnes rencontrées pensent que le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick peut jouer un rôle dans l'amélioration des services de santé en français dans la province. Effectivement, à la lecture de son mandat,

qui vise à mesurer, surveiller et évaluer les services de soins de santé au Nouveau-Brunswick, on pourrait spéculer que la dimension linguistique constitue une variable importante dans le travail du Conseil de la santé. Le mandat actuel du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick est le suivant :

La population du Nouveau-Brunswick a le droit de connaître les décisions prises, de faire partie du processus décisionnel, et de connaître les résultats livrés par le système de santé et ses coûts. Le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick encouragera cette transparence, cet engagement et cette responsabilité en :

- *Engageant la population dans un dialogue significatif.*
- *Mesurant, surveillant et évaluant la santé de la population et la qualité des services en santé.*
- *Informant la population sur l'état de la performance du système de santé.*
- *Recommandant des améliorations aux partenaires du système de santé.*

Recommandation 12

Que le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, à l'intérieur de ses études, de ses mécanismes d'engagement et de l'ensemble de ses travaux, inclut systématiquement un regard distinct et comparatif sur l'état de la santé et des services de chacune des communautés de langue officielle de la province et tienne compte des valeurs distinctes et communes aux deux communautés linguistiques et culturelles. Le conseil devra aussi tenir compte et mesurer la capacité des Régies à répondre aux besoins linguistiques des deux communautés de langues officielles.

IV. FacilicorpNB – une nouvelle agence gouvernementale créée en vue de rationaliser les ressources en santé, dont la gestion de l'achat de programmes et de services non cliniques pour tout le système de soins de santé

FacilicorpNB Inc. constitue une corporation commerciale dont le seul et unique actionnaire est la Ministre de la Santé. Son mandat est d'offrir des services de soutien aux deux régies régionales de la santé sur les plans de

l'acquisition de matériels, des technologies de l'information et des télécommunications ainsi que des services de buanderie.

D'après les propos recueillis lors de nos rencontres, la constitution de Facilicorp a créé certains remous au sein de la communauté acadienne et francophone. Cette insatisfaction porte surtout sur le fait que les employés qui relevaient autrefois des anciennes régies sont désormais subordonnés à cette toute nouvelle agence du secteur public néo-brunswickois. Une part des employés qui se trouvaient autrefois en milieu de travail francophone, à l'hôpital Dr. Georges-L. Dumont pour ne nommer qu'un seul établissement, ont exprimé certaines appréhensions quant à la langue de travail. Il est clair que Facilicorp doit veiller au maintien des droits acquis et, de surcroît, au développement des espaces francophones en milieu de travail.

D'abord, depuis l'avènement de Facilicorp, le lieu de travail de chaque employé a très peu ou pas changé. La plupart des employés sont demeurés au sein de l'établissement de santé au sein duquel ils se trouvaient avant la réforme de 2008 et ont conservé leur milieu de travail et de socialisation. Par ailleurs, Facilicorp est assujetti à la *Loi sur les langues officielles du Nouveau-Brunswick* et nous avons reçu confirmation que cette agence se soit engagée envers la Régie A de respecter la langue de travail des établissements, comme l'hôpital Dr. Georges-L. Dumont, dans ses communications auprès des employés qui s'y trouvent toujours. Enfin, et non le moindre, nous croyons comprendre que préalablement à l'établissement de Facilicorp, des groupes d'achat de produits et de services non cliniques avaient été constitués par certaines régies, et que la plupart, sinon toutes les communications relatives à ces groupes se faisaient en anglais, alors qu'à l'heure actuelle, l'agence est formellement engagée, en plus d'être légalement assujettie, à respecter les obligations linguistiques qui existent au Nouveau-Brunswick.

Ceci dit, il reste que Facilicorp demeure un enjeu problématique aux yeux de plusieurs intervenants et que le gouvernement aurait intérêt à repenser la structure de cette nouvelle agence. Un problème structurel fondamental de Facilicorp réside dans le fait que les véritables consommateurs et utilisateurs des services rendus par l'agence publique ne sont pas de véritables sociétaires. Les véritables actionnaires de Facilicorp sont effectivement les deux régies régionales de la santé et non pas exclusivement la Ministre. À titre de réel mandataire des deux régies, Facilicorp aurait intérêt à avoir à la table les véritables utilisateurs de ses biens et services pour assurer un alignement effectif de ses achats pour pouvoir mieux répondre aux besoins des deux régies. La présence de la Régie A au sein de la structure de gouvernance permettrait d'atténuer plusieurs craintes à l'égard des enjeux linguistiques et de l'influence que celle-ci détient sur les choix de l'agence. Les actionnaires de Facilicorp devraient donc inclure autant les deux régies que la Ministre, selon une formule de représentation d'un tiers (1/3) chacun.

Recommandation 13

Que les actionnaires de Facilicorp soient composés de la Ministre, de la Régie régionale de la santé A et de la Régie régionale de la Santé B (Horizon), et que les membres du conseil d'administration de cette agence soient également choisis par les nouveaux actionnaires selon les règles habituelles en droit corporatif.

V. Formation des professionnels de la santé et du mieux-être en français au Nouveau-Brunswick : reconnaître formellement le droit à un réseau francophone et à des institutions d'enseignement, de formation et de recherche distinctes

Le développement de programmes de formation en français pour les professionnels de la santé au Nouveau-Brunswick est franchement fulgurant. L'Université de Moncton a fait de la santé un axe de développement

prioritaire et elle livre à l'heure actuelle plus de vingt programmes et offre près de 300 cours reliés aux sciences de la santé. La contribution du Centre de formation médicale du Nouveau-Brunswick à l'évolution du système de santé est remarquable et il offre le seul programme de formation médicale francophone des provinces de l'Atlantique. Il est le fruit d'un partenariat entre l'Université de Moncton, la Faculté de Médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke, le gouvernement du Nouveau-Brunswick et la Régie A. La contribution significative de l'Hôpital Dr. Georges-L. Dumont est indéniable dans les progrès accomplis et le contexte semble être favorable à l'établissement prochain d'un Centre hospitalier universitaire (CHU). Ce dernier est appelé à devenir un joyau de la société acadienne et francophone du Nouveau-Brunswick qui aspire à une plus grande complétude institutionnelle. Ce CHU en devenir assumera un rôle unique ainsi qu'une vocation provinciale en matière d'enseignement, de formation et de recherche en français avec les partenaires mentionnés précédemment. Il est tout aussi important de développer le réseau des centres hospitaliers universitaires affiliés (CHUA) qui permettra le déploiement de programmes et de collaborations sur l'ensemble du territoire de la province. D'ailleurs, plusieurs intervenants ont affirmé que la pénurie de main-d'œuvre bilingue dans le domaine de la santé engendre de sérieuses difficultés qui ont une incidence sur la capacité des établissements de respecter leurs obligations découlant notamment de la *Loi sur les langues officielles*, c'est-à-dire un service de qualité égale à tous les citoyens dans la langue officielle de leur choix.

La santé en français est un domaine en plein essor. L'enseignement, la recherche et la formation sont des volets qui nécessitent des espaces francophones à partir desquels peuvent se déployer ces activités. Qu'il s'agisse d'un étudiant en stage ou d'un professionnel de la santé suivant une formation, il est essentiel d'avoir des espaces francophones où il est possible

d'entreprendre ses études et de parfaire ses connaissances. Ces nouveaux lieux doivent bénéficier de la même reconnaissance inscrite et garantie par la *Loi reconnaissant l'égalité des deux communautés linguistiques officielles du Nouveau-Brunswick*.

Le gouvernement du Nouveau-Brunswick doit renforcer son engagement envers les espaces francophones d'enseignement, de formation et de recherche dans le domaine de la santé en français. Il gagnerait à reconnaître de façon formelle et substantive que ces espaces fassent partie intégrante du régime linguistique et s'inscrivent dans la vision de l'égalité des deux communautés linguistiques au Nouveau-Brunswick. Dans le rapport annuel 2009, la présidente a déjà formellement indiqué que la Régie A et ses partenaires ont entrepris des démarches en vue de la désignation de l'hôpital Dr. Georges-L. Dumont comme CHU ainsi que les hôpitaux régionaux de Bathurst, Campbellton et Edmundston comme CHUA. Le gouvernement du Nouveau-Brunswick aurait donc intérêt à préciser davantage ces nouvelles structures par voie législative ou par autre voie d'engagement gouvernemental formel pour ainsi créer ce nouvel espace francophone dans le domaine de l'éducation, de la formation et de la recherche en santé. La création et la reconnaissance explicites d'un CHU et d'un CHUA pourraient se faire par voie législative ou par tout autre acte gouvernemental formel, soit par l'édiction d'une loi constituant cette nouvelle structure ou par simple inscription d'une précision dans la *Loi reconnaissant l'égalité des deux communautés linguistiques officielles du Nouveau-Brunswick*. Une telle reconnaissance d'un réseau d'éducation, de formation et de recherche en santé pour chaque communauté linguistique officielle est analogue à la démarche entreprise par les élus de l'époque au moment d'adopter cette loi, lorsque ceux-ci ont unanimement reconnu et confirmé leur engagement envers l'existence d'un réseau scolaire public géré pour et par des francophones en 1981. À tout le moins, les consultations menées au cours des

dernières semaines permettent de constater que la Province aurait intérêt à préciser son engagement à l'égard de la désignation d'un CHU et de CHUA par tous moyens qu'elle juge à propos pour assurer que cet important espace francophone puisse prendre vie.

Recommandation 14

Que le gouvernement du Nouveau-Brunswick reconnaisse et établisse formellement, par acte législatif ou par autre forme d'engagement gouvernemental formel un réseau d'enseignement, de formation et de recherche en santé et mieux-être qui est établi sur une base linguistique homogène de sorte à permettre de livrer la formation appropriée à tous les professionnels de la santé, ce qui favorisera que tous les citoyens puissent recevoir leurs services de santé dans leur langue officielle de choix, et ce, par voie de services égaux, de qualité égale.

Conclusion

À l'issue de ce débat autour de la réforme en santé, la communauté acadienne de la province est largement divisée sur la question de l'avenir du réseau de santé en français au Nouveau-Brunswick. Les débats ont mis en évidence certains clivages historiques et nous nous sommes éloignés, momentanément je l'espère, d'une Acadie du Nouveau-Brunswick plus unie que divisée. Les nations de petite taille, comme l'Acadie, n'ont pas intérêt à être fractionnées à perpétuité. Si le débat et la contestation sont signes d'un dynamisme démocratique au sein de la communauté acadienne et francophone, il faut néanmoins avoir la sagesse et la maturité de reconnaître l'importance de reconstruire des fronts communs. Tel que mentionné précédemment, ce débat sur les structures de gouverne en santé est crucial et il est important de prendre le temps de réfléchir collectivement aux balises que nous voulons établir. La construction et l'avancement d'une société ne peuvent dépendre

uniquement des recours judiciaires, mais la conjoncture actuelle nous aura toutefois permis de prendre un court temps pour réfléchir à des solutions acceptables. J'ose espérer que nous sommes à l'aube d'arriver à certains éléments de consensus quant aux structures de gouverne et que nous pourrons dorénavant investir nos énergies sur l'amélioration de la prestation des soins de santé de qualité en français, accroître nos capacités communautaires et, surtout, prendre des mesures pour créer des milieux et des conditions de vie propices à la santé et le mieux-être des Acadiennes et des Acadiens.

Il aurait sans doute été préférable que le dialogue entre le gouvernement et la communauté acadienne, amorcé par la SANB en mars 2006 avec son excellent mémoire *Vivre en santé en français*, se poursuive. C'est avec étonnement que l'on constate que depuis la parution de ce mémoire en 2006, et en particulier depuis le dépôt d'une poursuite contre le gouvernement du Nouveau-Brunswick par Égalité santé en français (et appuyé par le leadership communautaire), qu'aucun groupe, institution ou organisme n'ait proposé, pour discussion publique, des recommandations sur l'amélioration ou la bonification du système de santé en français. La dénonciation de la réforme de 2008 a été claire et formelle, mais les solutions ou alternatives concrètes se font plutôt rares.

Il est tout aussi surprenant que le gouvernement ne dispose d'aucun mécanisme formel pour analyser l'impact des politiques publiques, autant celles en place que celles en élaboration, sous la lentille des langues officielles. Quarante ans après l'adoption de la *Loi sur les langues officielles du Nouveau-Brunswick*, comment se fait-il que les gouvernements successifs n'aient pas élaboré un plan d'action sur les langues officielles ? Les agences centrales, notamment le Bureau du conseil exécutif, ou même le ministère de la Justice, principal conseiller du gouvernement en matière de droits

linguistiques, ont-il des lieux de réflexion et d'échanges avec le leadership de la communauté acadienne et francophone ? Sont-ils imputables de l'atteinte de résultats visés en matière de développement et d'épanouissement de la communauté acadienne et francophone ? Tout est à construire et il faut, à mon sens, miser sur les efforts déployés en ce moment par le Cabinet du premier ministre et le ministère des Affaires intergouvernementales dans l'élaboration d'un plan d'action gouvernemental sur les langues officielles.

La mise en place de lieux de concertation et l'élaboration de plans d'action gouvernementaux n'engendrent ni des consensus automatiques, ni des résultats immédiats. Cependant, la démocratie représentative contemporaine exige que la société civile soit plus engagée que jamais dans les processus d'élaboration et de mise en œuvre des politiques publiques. L'Acadie du Nouveau-Brunswick a construit une infrastructure communautaire des plus impressionnantes au cours des trente dernières années, mais j'ai souvent le sentiment que le gouvernement provincial n'en tient pas suffisamment compte et en tire peu profit dans sa gestion des affaires publiques. Pourtant, en période de crise, on reconnaît rapidement l'importance des relations de travail et de confiance entre la société civile et l'État.

La communauté acadienne et francophone du Nouveau-Brunswick a raison d'être vigilante, comme doivent l'être toutes les minorités confrontées à des réformes et des changements fondamentaux initiés par les gouvernements. Le régime linguistique du Nouveau-Brunswick a comme pilier la reconnaissance de l'égalité des deux communautés linguistiques officielles. Ce statut d'égalité s'applique à l'ensemble de la population et se manifeste différemment selon les aspirations et perspectives. Les besoins des deux communautés linguistiques sont semblables dans certains cas et particuliers dans d'autres. Contrairement à ce que plusieurs acteurs au sein de l'administration publique provinciale peuvent penser, les services

gouvernementaux ne sont pas neutres et, plus souvent qu'autrement, ceux-ci ont tendance à correspondre à la réalité culturelle de la majorité. Le fait de desservir les deux communautés linguistiques de la même manière s'avère une approche insuffisante. À vrai dire, la reproduction d'un service conçu en anglais et traduit en français met en lumière l'incompréhension profonde du régime linguistique néo-brunswickois. Bien desservir une communauté minoritaire exige que les services de l'État soient sensibles aux besoins linguistiques, mais aussi culturels, de la collectivité et répondent à leurs aspirations.

Le gouvernement du Nouveau-Brunswick doit incorporer dans son fonctionnement quotidien le principe de l'égalité des deux communautés linguistiques et construire avec le milieu communautaire une relation de confiance et de collaboration. Cette vision du pacte politique est au cœur de la cohésion sociale de notre province. Ce pacte politique a été élaboré et mis en œuvre à partir d'une vision de chances égales pour tous du gouvernement Robichaud à la fin des années 1960, et a été relancé par le gouvernement Hatfield qui l'a succédé dans une vision d'égalité des communautés linguistiques. Ce sont des hommes et des femmes politiques qui ont conçu ce pacte politique pour notre province et il faut à tout prix que nos acteurs politiques contemporains, appuyés par une communauté solidaire, continuent à faire évoluer toutes les facettes de la vie en français au Nouveau-Brunswick.