



Les **Presses** de l'Université d'Ottawa  
University of Ottawa **Press**

---

Chapter Title: Services de santé en français au Canada: l'état du droit

Chapter Author(s): Pierre Foucher

Book Title: Accessibilité et offre active

Book Subtitle: Santé et services sociaux en contexte linguistique minoritaire

Book Editor(s): Marie Drolet, Pier Bouchard and Jacinthe Savard

Published by: University of Ottawa Press

Stable URL: <https://www.jstor.org/stable/j.ctv5vdcp0.9>

---

JSTOR is a not-for-profit service that helps scholars, researchers, and students discover, use, and build upon a wide range of content in a trusted digital archive. We use information technology and tools to increase productivity and facilitate new forms of scholarship. For more information about JSTOR, please contact [support@jstor.org](mailto:support@jstor.org).

Your use of the JSTOR archive indicates your acceptance of the Terms & Conditions of Use, available at <https://about.jstor.org/terms>



This content is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 United States License (CC BY-NC-SA 3.0 US). To view a copy of this license, visit <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/>.



University of Ottawa Press is collaborating with JSTOR to digitize, preserve and extend access to *Accessibilité et offre active*

JSTOR

PARTIE II

**LES LEVIERS POLITIQUES  
ET JURIDIQUES :  
LE JEU DES ACTEURS**

Page blanche conservée intentionnellement

# Services de santé en français au Canada : l'état du droit

---

Pierre Foucher, *Université d'Ottawa*

## Résumé

L'analyse du cadre juridique de l'offre active de soins de santé en français au Canada abordera ses dimensions constitutionnelles et législatives. La première partie explore la dimension constitutionnelle de la question, dans son aspect fédéraliste autant que par rapport à la *Charte canadienne des droits et libertés*. Par la suite, il est fait mention des lois linguistiques applicables au gouvernement fédéral, dans les provinces et dans les territoires. L'étude démontre l'asymétrie de la situation juridique et les difficultés qu'elle engendre.

**Mots-clés :** cadre juridique, droit, soins de santé, *Charte canadienne des droits et libertés*, Constitution canadienne.

## Introduction : droit, langue et soins de santé

Dans une étude de l'offre active de soins de santé dans sa langue officielle, l'analyse juridique permet d'établir le cadre à l'intérieur duquel se déploient les soins de santé eux-mêmes. En effet, le droit peut créer des obligations à l'égard de l'État, mais il peut aussi conférer des pouvoirs aux intervenants et établir les limites de l'exercice de ceux-ci. Une obligation juridique d'offre active de services de santé dans sa langue officielle est généralement liée au droit de recevoir des services dans celle-ci, consacré par la loi. Le présent texte examine justement le cadre juridique dans lequel les institutions peuvent déployer une offre active de services de santé dans la langue de la minorité.

Contrairement au droit international, le droit canadien ne reconnaît explicitement nulle part un « droit à la santé »<sup>1</sup>. L'État n'est donc pas juridiquement obligé de donner un accès universel et gratuit à des soins de santé. C'est pour lui un choix politique, exprimé dans sa forme juridique par des lois qui créent ou reconnaissent des institutions de santé, leur délèguent des pouvoirs, prévoient les modalités de leur financement, encadrent leurs actions et établissent leurs limites. Ce sont elles, aussi, qui créent des droits linguistiques. La loi peut donc imposer des exigences linguistiques de service dans la langue de la minorité et ajouter une obligation d'en faire une offre active, de manière à ce que les personnes en situation plus vulnérable qui ont besoin de soins ne doivent pas, en plus, se livrer à des batailles linguistiques.

Ce texte présente le cadre constitutionnel général, puis l'expose des lois qui créent, ou pas, des obligations en la matière. Parce que la situation linguistique, juridique et constitutionnelle du Québec est très différente de celle des autres provinces, nous avons volontairement décidé de ne pas en traiter ici.

## **Le cadre constitutionnel de l'offre active de soins de santé dans la langue de la minorité**

Deux dimensions de la Constitution canadienne structurent le droit relatif aux soins de santé dans la langue officielle de la minorité : le fédéralisme et les droits linguistiques fondamentaux.

### ***Fédéralisme et santé***

Le Canada est un état fédéral. Or, la santé est un sujet qui peut être régi en même temps par des lois fédérales et provinciales<sup>2</sup>. La compétence fédérale est secondaire, les provinces ont la responsabilité première de la réglementation des soins de santé. De plus, la langue, elle aussi, est de compétence partagée<sup>3</sup>. Chaque palier de gouvernement peut donc adopter des lois linguistiques différentes. Cette dimension du fédéralisme sera abordée dans la deuxième partie. Il convient d'abord d'examiner l'étendue des pouvoirs fédéraux en la matière.

### ***Financement fédéral***

L'intervention la plus évidente du gouvernement central en matière de soins de santé s'observe dans les fonds que ce dernier dépense soit au titre de la péréquation, soit en vertu du transfert canadien en

santé. La péréquation, dont le principe est protégé par l'article 36 de la *Loi constitutionnelle de 1982*<sup>4</sup>, repose sur une redistribution de la richesse engendrée par les revenus tirés des impôts fédéraux. L'argent ainsi versé aux provinces n'est assorti d'aucune condition ; elles peuvent en faire ce que bon leur semble, incluant le financement des soins de santé.

Le gouvernement canadien utilise aussi abondamment ce qu'il est convenu d'appeler son « pouvoir de dépenser » pour faciliter l'accès aux soins de santé en français. Il s'agit d'un pouvoir discrétionnaire du gouvernement du Canada qui n'est pas explicitement reconnu dans la Constitution, mais dont la validité a été confirmée par la Cour suprême du Canada<sup>5</sup>. Il permet au gouvernement central de dépenser de l'argent dans des secteurs que la Constitution canadienne confie au pouvoir législatif des provinces. Le pouvoir fédéral de dépenser en santé se manifeste par deux interventions majeures : le transfert canadien en santé et les programmes de langue officielle.

La *Loi canadienne sur la santé* assortit les paiements fédéraux à cinq conditions : la gestion publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité<sup>6</sup>. Chacune des conditions doit obligatoirement se rapporter à une question financière, sinon elle courrait le risque d'être considérée par la Cour comme une réglementation du secteur, ce que ne permet pas la Constitution, plutôt que comme une condition liée à l'octroi des fonds, ce que permet la Constitution. La Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, dans son rapport final, recommandait aux intervenants de coopérer pour définir les besoins en soins de santé dans l'autre langue officielle et y répondre, mais refusait de proposer de faire de l'accès aux soins dans sa langue officielle un sixième principe de la loi fédérale<sup>7</sup>.

Le second volet de l'intervention financière fédérale se manifeste dans les programmes spéciaux de financement des langues officielles, qui découlent indirectement de l'article 41 de la *Loi sur les langues officielles* du Canada<sup>8</sup>. Cette approche, axée sur la collaboration et la coordination des efforts fédéraux-provinciaux-communautaires, respecte certes le partage des compétences, mais n'offre pas de garanties juridiques fermes relatives à un droit réel à des soins de santé dans sa langue.

Il n'y a que peu de moyens juridiques de rendre les provinces responsables des fonds versés au titre des services de santé en français et peu de recours pour que les tribunaux puissent obliger les provinces à respecter leurs ententes, encore moins à en signer. Il n'est

même pas certain que les ententes fédérales-provinciales soient considérées comme de vrais contrats puisque ce sont plutôt des ententes politiques<sup>9</sup>. Bref, sous réserve d'un droit inscrit dans la *Charte canadienne*, la Constitution ne semble pas offrir beaucoup de solutions juridiques contraignantes au problème d'une possible obligation fédérale d'offrir l'accès à des soins de santé en français au Canada.

### **Compétences fédérales directes**

Outre le pouvoir de dépenser, certaines compétences fédérales ont des répercussions sur la santé en ce qu'elles permettent de réglementer la santé et la sécurité en général<sup>10</sup>. D'autres compétences fédérales peuvent accessoirement inclure une dimension d'accès à des soins de santé par le fait qu'elles s'adressent à des clientèles particulières qui relèvent de la responsabilité fédérale : les soins de santé aux militaires, aux anciens combattants, aux détenus des pénitenciers fédéraux, aux Autochtones dans les réserves et hors de celles-ci, dans les hôpitaux de marine, aux jeunes contrevenants incarcérés... Dans ces cas, le gouvernement fédéral peut lui-même mettre sur pied des institutions et des centres offrant des services médicaux à ces « clientèles fédérales » ou conclure des ententes avec les provinces à cet effet.

Les droits linguistiques de la *Charte canadienne* peuvent aussi jouer un rôle en matière de services de santé.

### **Droits linguistiques fondamentaux et langue de prestation des services de santé**

À la suite de l'arrêt *Lalonde* de la Cour d'appel de l'Ontario, on pourrait croire que le droit constitutionnel canadien reconnaît maintenant un droit à des institutions de santé linguistiquement homogènes<sup>11</sup>. Or rien n'est moins certain. L'arrêt *Lalonde* porte sur une décision gouvernementale de fermer une institution, mais non sur une obligation de la créer. Ensuite, *Lalonde* se fonde sur la loi linguistique ontarienne, complétée par des principes d'interprétation, et non sur un droit constitutionnel général à des institutions de santé linguistiquement homogènes. Enfin, la Cour a pris soin de mentionner qu'il n'existe pas, dans le texte de la *Charte canadienne*, de droit à des soins de santé dans sa langue officielle en Ontario et que cette omission est voulue. Toutefois, certains droits linguistiques garantis par la *Charte canadienne* peuvent s'appliquer indirectement.

**Les droits linguistiques dans la *Charte canadienne*.** Le paragraphe 16(1) de la *Charte canadienne* proclame que le français et l'anglais sont les langues officielles du Canada et qu'elles ont des droits et privilèges égaux quant à leur usage dans les institutions du Parlement et du gouvernement du Canada. Le paragraphe 20(1) de la *Charte canadienne* donne au public le droit de recevoir des services et communications des institutions fédérales en français ou en anglais, pour les institutions centrales et ailleurs lorsqu'existe une demande importante ou selon la vocation du bureau. Les institutions fédérales qui dispensent elles-mêmes des services de santé doivent respecter ces droits linguistiques. Le français et l'anglais sont aussi les langues officielles au Nouveau-Brunswick, selon le paragraphe 16(2), et le public peut recevoir des services en français ou en anglais des institutions du gouvernement partout dans la province, en vertu du paragraphe 20(2). De plus, l'article 16.1 proclame l'égalité des communautés linguistiques francophone et anglophone et leur droit à des institutions distinctes, notamment en matière éducative ou culturelle ; cela pourrait inclure les institutions de prestation de soins de santé vu leur dimension culturelle. Aucune autre province n'a jusqu'ici reconnu un droit constitutionnel à des services gouvernementaux en français ou en anglais.

Le paragraphe 16(3) de la *Charte canadienne* autorise les lois, fédérales ou provinciales, qui favorisent la progression vers l'égalité du français et de l'anglais. Cette disposition protège les lois qui comprendraient, par exemple, des distinctions en fonction de la langue (comme exiger des aptitudes linguistiques pour des postes publics dans des hôpitaux ou garantir un droit à des soins de santé seulement en français ou en anglais, ce qui est discriminatoire pour les autres langues). Le paragraphe 16(3) est permissif, mais il n'impose aucune obligation, ni de créer des institutions ni de justifier leur abolition<sup>12</sup>. Qui plus est, la *Charte canadienne* n'a pas aboli le fédéralisme canadien : les droits linguistiques constitutionnels suivent le partage des compétences<sup>13</sup>. Cela crée une asymétrie de droits, et l'asymétrie est une caractéristique du fédéralisme moderne.

**Les principes constitutionnels non écrits.** Les principes constitutionnels non écrits représentent les fondements mêmes de la Constitution, leur « prémisses inexprimées », la forme de l'architecture constitutionnelle ; ils ne sont pas inventés par les tribunaux, ils sont plutôt déduits du texte, secrétés par lui. Ils peuvent mener à des

obligations juridiques précises contre l'État, mais non de nouveaux droits<sup>14</sup>. La protection des minorités, notamment des minorités linguistiques, fait partie des principes non écrits<sup>15</sup>. Elle peut servir à interpréter des garanties linguistiques explicitement écrites dans les lois, voire à protéger dans certains cas des institutions de santé linguistiquement homogènes qui sont désignées en vertu d'une loi, mais selon nous, elle ne peut pas servir à forcer la création de nouvelles institutions.

Voilà donc le cadre constitutionnel au sein duquel le Parlement fédéral et les provinces et territoires adoptent des lois relatives aux soins de santé et à leur langue. La *Charte canadienne* crée des obligations linguistiques au fédéral et au Nouveau-Brunswick ; pour le reste, le fédéralisme permet l'adoption de lois linguistiques fédérales ou provinciales en tant qu'accessoires d'une compétence principale. C'est ainsi qu'en général, comme nous le verrons, les lois relatives à la langue des soins de santé relèvent des provinces, qui peuvent ou non créer des droits.

### **Le cadre législatif de l'offre active de services de santé dans la langue de la minorité**

Puisque la langue est l'accessoire d'une compétence principale, et puisque la santé comporte des aspects à la fois fédéraux et provinciaux, il existe des lois fédérales et des lois provinciales qui régissent cette question. Certains paliers de gouvernement, on le verra, sont plus actifs que d'autres.

#### **La *Loi sur les langues officielles* du Canada et les soins de santé**

La *Loi sur les langues officielles du Canada* (LLO) comporte deux volets pertinents : l'obligation des institutions fédérales d'offrir des services en français et en anglais et l'obligation du gouvernement fédéral de prendre des mesures positives pour favoriser l'épanouissement des minorités linguistiques officielles<sup>16</sup>.

#### **Les services offerts par les institutions fédérales**

La partie IV de la LLO concrétise les obligations constitutionnelles fédérales en matière linguistique. L'article 22 de la LLO reprend quasi intégralement le libellé de l'article 20 de la *Charte canadienne*.

Il s'applique aux bureaux des institutions fédérales, ce qui peut comprendre des institutions fédérales qui dispensent des soins de santé (des hôpitaux militaires, par exemple). Il donne des droits au « public », ce qui comprend les usagers de soins de santé. Enfin, il vise trois situations : les bureaux centraux, les bureaux où existe une demande importante et les bureaux dont la vocation justifie le bilinguisme des services<sup>17</sup>.

L'article 32 de la *LLO* délègue au gouvernement la responsabilité de définir la demande importante ou la vocation du bureau en se fondant sur certains critères. Le règlement, en vigueur depuis 1992<sup>18</sup>, propose une méthode essentiellement statistique pour évaluer la demande en fonction d'un pourcentage ou du nombre absolu de locuteurs dont la langue maternelle est la langue officielle dans une subdivision de recensement relevant dudit bureau<sup>19</sup>.

Le paragraphe 24(1) de la *LLO* porte spécifiquement sur les soins de santé. Une institution fédérale doit veiller à ce que soient offerts des services dans les deux langues dans les cas, spécifiés au règlement, qui touchent la santé et la sécurité. L'article 8 du règlement contient des dispositions détaillées à ce sujet. Le paragraphe a) impose le bilinguisme aux soins reçus dans une clinique située dans un aéroport, une gare ferroviaire ou une gare fluviale. Pour les soins dispensés par une institution fédérale en dehors de ces lieux, la règle générale relative à la demande importante s'applique. L'article 9 du règlement, quant à lui, étend l'obligation linguistique aux services offerts dans les parcs nationaux du Canada, à certaines conditions ; comme la nature des services n'y est pas précisée, la prestation de soins de santé d'urgence pourrait s'appliquer.

Lorsqu'existe l'obligation juridique d'offrir des services en français ou en anglais, l'institution fédérale doit, selon l'article 28 de la *LLO*, rendre cette offre « active », ce qui consiste à faire savoir, par des affiches, des formules d'accueil ou toute autre mesure, que les services sont disponibles dans la langue officielle de la minorité et à veiller à ce qu'ils soient accessibles dans le même délai et aux mêmes conditions de qualité que ceux offerts dans la langue officielle de la majorité<sup>20</sup>.

Dans un souci d'éviter que le gouvernement fédéral puisse se soustraire indirectement à ses obligations en déléguant le travail à d'autres, l'article 25 de la *LLO* étend toutes les obligations linguistiques fédérales à toute entité qui agit « pour le compte » de ses institutions. Par conséquent, si l'institution fédérale qui doit fournir des

services de santé à une clientèle particulière (militaires en service, anciens combattants admissibles, Premières Nations, Métis, Inuits, détenus dans les pénitenciers fédéraux ou autres) choisit plutôt de conclure des ententes de service avec des institutions provinciales, l'article 25 entre en jeu, et ces institutions sont présumées avoir les mêmes obligations linguistiques que l'institution fédérale elle-même. Si le régime linguistique provincial est plus favorable, ce dernier s'applique<sup>21</sup>. Et si une délégation de pouvoirs à une province conduit à une perte de droits linguistiques pour les citoyens, l'institution fédérale contreviendrait à la *LLO* et pourrait devoir corriger le tir<sup>22</sup>.

### Les mesures positives

Il a été fait mention de la validité constitutionnelle du pouvoir fédéral de dépenser. L'article 41 de la *LLO*, contraignant et justiciable depuis 2005, concrétise juridiquement ce pouvoir. Il précise que le gouvernement fédéral doit prendre des « mesures positives » pour favoriser le développement des minorités linguistiques officielles et la progression vers l'égalité du français et de l'anglais au Canada, dans le respect des pouvoirs et des compétences provinciales. Le ministre du Patrimoine peut conclure des ententes avec les provinces pour « encourager et aider les gouvernements provinciaux à favoriser le développement des minorités francophones et anglophones, et notamment à leur offrir des services provinciaux et municipaux en français et en anglais », ce qui inclut les services de santé ; de telles ententes peuvent aussi « encourager les entreprises, les organisations patronales et syndicales, les organismes bénévoles et autres à fournir leurs services en français et en anglais et à favoriser la reconnaissance et l'usage de ces deux langues, [de même qu'à] collaborer avec eux à ces fins<sup>23</sup> ». Ensemble, ces dispositions fournissent la base juridique du volet santé du Plan d'action sur les langues officielles.

Parmi ces « mesures positives » se trouve probablement l'inclusion de clauses linguistiques dans des ententes de financement signées par le gouvernement canadien, enjoignant les institutions provinciales ou les entités privées à prendre des moyens pour rendre leurs services disponibles dans la langue officielle de la minorité. La source juridique de l'obligation provient alors de l'entente avec le gouvernement fédéral. Il faut distinguer ce cas de celui des ententes par lesquelles les provinces deviennent des mandataires du fédéral et agissent « pour son compte » en offrant des services de santé à des

« clientèles fédérales », auquel cas la *LLO* s'applique directement aux institutions fédérales concernées.

## **Les lois et politiques linguistiques des provinces et territoires et les soins de santé**

Les provinces ont la responsabilité de la réglementation des professions de la santé, de la création, du maintien et de la gestion des hôpitaux, cliniques et autres lieux où sont dispensés des soins et de la réglementation des organismes privés du domaine de la santé<sup>24</sup>. Ce sont donc les provinces qui sont responsables au premier chef de l'organisation et des modalités de la prestation des soins de santé. Puisque la langue représente un accessoire d'une compétence principale, quiconque dispose de la compétence constitutionnelle en santé peut aussi réglementer la langue de l'offre de soins de santé. Notre recension se limite à l'encadrement juridique de la langue des soins. Nous laissons de côté la réglementation des professions du domaine de la santé ou le droit du travail et la langue.

### **Le Nouveau-Brunswick**

Le Nouveau-Brunswick possède le régime juridique le plus développé du Canada en matière de soins de santé en français.

Les articles 33 et 34 de la *Loi sur les langues officielles* du Nouveau-Brunswick<sup>25</sup> (*LLONB*) précisent les droits des membres du public à l'égard des soins de santé. L'article 33 précise qu'un établissement de santé doit se conformer à l'obligation générale, prescrite aux articles 27 et 28, d'offrir des services et de communiquer avec le public dans la langue officielle de son choix. Cela signifie que chaque personne a droit à des soins de santé en français ou en anglais dans tous les hôpitaux, les centres de santé et tout autre établissement de santé relevant d'une région régionale de santé de la province. De plus, en raison de la démographie particulière de cette province, qui compte des régions à forte majorité francophone, des régions à forte majorité anglophone et des régions bilingues, le paragraphe 33(2) établit que le ministre de la Santé tient compte, dans les plans provinciaux de santé, de l'obligation qui découle des articles 27 et 28, et il tient aussi compte de la « langue de fonctionnement habituelle » des établissements de santé. L'article 28.1 impose aux institutions qui sont assujetties à une obligation de service au public dans sa langue officielle de pratiquer une offre active par un affichage public et une

communication au public dans les deux langues. L'article 34 indique que, sous réserve du droit des membres du public de recevoir des soins dans leur langue, l'article 33 n'a pas pour effet d'empêcher un hôpital ou une autre institution qui se trouve sous la responsabilité d'une régie de santé d'utiliser sa « langue de fonctionnement habituelle ». Cette concession à la coutume et aux pratiques linguistiques maintient donc le caractère francophone ou anglophone de certains hôpitaux ou centres médicaux, qui doivent quand même servir le public dans les deux langues. C'est une reconnaissance indirecte des institutions de santé linguistiquement homogènes.

L'autre pièce législative importante dans le régime linguistique de cette province relativement aux soins de santé est la *Loi concernant les régies régionales*<sup>26</sup>. À la suite d'une réforme importante, le Nouveau-Brunswick a mis en place deux régies régionales de santé. Le réseau Horizon couvre le sud, l'ouest et le centre de la province, des régions à forte majorité anglophone, ainsi que certains établissements du sud-est qui sont à majorité anglophone ; le réseau Vitalité couvre le nord-ouest, le nord et le nord-est de la province, à forte majorité francophone, et les établissements du sud-est qui sont à majorité francophone. Ainsi, une forme de dualité dans la gestion des soins de santé est préservée par le législateur. L'article 19(1) reconnaît que la régie Horizon fonctionne en anglais et que la régie Vitalité le fait en français ; le paragraphe 20(8) indique que les conseils des régies fonctionnent dans la langue de celles-ci. L'alinéa 19(2)a) précise que malgré cela, les régies respectent « la langue habituelle de fonctionnement des établissements » qui en relèvent. Et l'alinéa 19(2)b) quant à lui précise que les régies « assurent, par l'entremise du réseau des établissements, installations et programmes de santé qui relève d'elles, la prestation aux membres du public des services de santé dans la langue officielle de leur choix ». Le paragraphe 19(3), de facture unique à notre connaissance, impose aux deux régies de santé d'« améliorer la prestation des soins de santé en français ». Le paragraphe 20(1) précise la composition des conseils des régies (qui sont en partie élus), et l'article 20(1.1) prescrit au ministre de tenir compte de « la priorité accordée aux communautés de langue officielle » dans l'établissement des critères de sélection. L'article 40 impose aux régies de fournir des services de traduction simultanée pour toute réunion publique qu'elles tiennent. Le règlement prévoit que les procès-verbaux des réunions sont mis à la disposition du public dans les

deux langues officielles, mais par exception, les comptes rendus de celles qui ne sont pas ouvertes au public ne sont pas publiés<sup>27</sup>.

Les services dits « partagés » (approvisionnement, ingénierie clinique, technologies de l'information, buanderie) sont assurés par une société d'État nommée « Services Nouveau-Brunswick »<sup>28</sup>. Cette agence fournit aux régies de santé et aux hôpitaux des services financiers, de technologie de l'information et d'approvisionnement. Elle est assujettie à la *Loi sur les langues officielles*.

Les services ambulanciers représentent aussi une source d'irritation. La *Loi sur les services d'ambulance*<sup>29</sup> confie au ministre de la Santé la responsabilité de délivrer des permis et de conclure des ententes pour la prestation de services ambulanciers. Ambulance Nouveau-Brunswick est une entité privée qui offre, à contrat avec le Ministère, des services de santé de première ligne ; Ambulance Nouveau-Brunswick admet qu'elle est liée par les obligations de la *LLONB*<sup>30</sup>.

On peut donc constater que, sur le plan juridique, l'offre active de soins de santé en français au Nouveau-Brunswick est assurée, dans sa forme juridique, par une sorte de dualité dans les établissements de santé et les institutions qui les gèrent, sous réserve du droit du public de recevoir des soins dans la langue de son choix partout et en tout temps. Il subsiste néanmoins des zones grises : le statut réel des foyers de soins par exemple, qui sont des établissements privés réglementés par l'État provincial, demeure incertain.

### **L'Ontario**

L'Ontario est l'autre gouvernement provincial qui dispose d'un régime linguistique favorable en matière de soins de santé, même si des progrès restent à accomplir. Dans la *Loi sur les services en français (LLONB)*<sup>31</sup>, l'Ontario a opté pour un régime de services gouvernementaux en français dans des régions désignées, de même que de la possibilité pour des entités qui ne font pas partie du gouvernement d'obtenir une désignation lorsqu'elles offrent des services en français dans une région désignée. L'article 5 de la Loi pose le principe selon lequel tout membre du public a le droit de recevoir en français les services d'un « organisme gouvernemental » au sens de l'article 1 ; ce dernier, sous la rubrique « organisme gouvernemental », étend la notion à « une personne morale à but non lucratif ou [à] une organisation semblable, qui fournit un service au public, reçoit des subventions qui sont prélevées en tout ou en partie sur les deniers publics, et est désignée par les règlements en tant qu'organisme offrant des

services publics ». Enfin, le paragraphe 8(a) permet au lieutenant-gouverneur en conseil de désigner par règlement des organismes offrant des services publics. Ce mécanisme s'applique aux hôpitaux, aux cliniques, aux foyers de soins aux personnes âgées, aux sociétés d'aide à l'enfance et à toute autre organisation qui respecte les critères et en fait la demande. Effectivement, le règlement 398/93 tel qu'il a été modifié comprend une liste d'organismes désignés en vertu de ces dispositions, qui doivent donc respecter les obligations de l'article 5. La liste d'organismes désignés englobe plusieurs hôpitaux, cliniques de santé communautaire, centres pour les aînés exécutant des programmes pour le compte du ministère de la Santé, centres d'aide à l'enfance et d'autres centres qui exercent des mandats pour le compte du ministère de la Santé. Le mécanisme de désignation permet donc d'offrir à la population francophone des soins de santé dans sa langue par un vaste éventail d'organismes quasi publics, privés ou communautaires dont plusieurs sont exploités « par et pour » les Franco-Ontariens. Le droit aux services de santé en français n'est donc pas automatique comme au Nouveau-Brunswick, mais dépend de la désignation. Celle-ci relève du pouvoir discrétionnaire du lieutenant-gouverneur en conseil ; toutefois, l'Office des affaires francophones, qui recommande au gouvernement les désignations, utilise les critères suivants :

- offrir des services en français de qualité de façon permanente ;
- prouver que les employés possèdent les compétences exigées en français pour offrir ces services ;
- garantir l'accès aux services ;
- respecter le principe de l'offre active ;
- la représentation des francophones au conseil d'administration et dans les comités doit refléter la proportion de la population francophone au sein de la population servie ;
- présenter tous les trois ans une résolution du conseil d'administration qui atteste que l'organisme continue de respecter les critères<sup>32</sup>.

Du côté de la gestion, outre le ministère de la Santé qui relève directement de la définition d'organisme public, les soins de santé sont planifiés, organisés et financés par des Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), qui doivent aussi améliorer l'accès aux soins. La *Loi de 2006 sur l'intégration du système de*

*santé local*<sup>33</sup> pourvoit à leur création et à leur structure de fonctionnement. La loi prévoit que les RLISS doivent respecter les exigences de la LSF quand ils servent des collectivités francophones. Elle prévoit aussi la mise sur pied d'un conseil consultatif des services de santé en français<sup>34</sup>, qui a été créé par le règlement 162/07<sup>35</sup> et comprend des organismes œuvrant ou ayant un intérêt dans la prestation de soins de santé en français dans la province. Ce conseil offre des avis sur les questions relatives à la prestation de services « qui concernent les collectivités francophones » et sur les priorités à intégrer à l'échelle provinciale. De plus, l'article 16(1) prévoit que les RLISS « engagent de façon soutenue la collectivité » alors que le paragraphe 16(4) prescrit que, ce faisant, ils engagent « l'entité de planification des services de santé en français » de leur région. Le commissaire aux services en français l'avait recommandé dans un rapport spécial en mai 2009<sup>36</sup>. Le règlement 515/09 a effectivement créé des « entités de planification des services de santé en français » pour chaque RLISS<sup>37</sup>. Il est à noter que les entités ont pour mandat de conseiller le RLISS concernant, notamment, « l'identification et la désignation de fournisseurs de service[s] de santé en vue de la prestation de services de santé en français dans la zone<sup>38</sup> ».

Enfin, le règlement 284/2011 étend les obligations de l'article 5 à toute entité qui fournit au public un service « pour le compte » d'un organisme gouvernemental au sens de la loi en vertu d'une entente entre eux.

Ainsi, la loi prévoit des mécanismes de consultation formels des communautés francophones quant à l'offre active de soins de santé en français dans la province<sup>39</sup>, mais ce sont les établissements de santé désignés qui veillent à la prestation directe des soins et ceux-ci doivent donc être désignés pour qu'un vrai droit soit applicable.

### **Le Manitoba**

L'article 23 de la *Loi de 1870 sur le Manitoba*<sup>40</sup> crée l'obligation pour la province de légiférer en français et en anglais et le droit d'employer l'une ou l'autre langue devant la législature et les tribunaux provinciaux. Une politique linguistique a été adoptée ; elle s'applique aux « organismes désignés qui dispensent des services de santé et des services sociaux ainsi que les [o]ffices régionaux de la santé qui sont désignés ». Le règlement 131/2013<sup>41</sup> adopté sous l'égide de la *Loi sur les offices régionaux de la santé*<sup>42</sup> énumère les institutions et organismes qui sont désignés à cet égard. Le terme « francophone » y est défini

comme « qualifiant les établissements et les programmes dans le cadre desquels le personnel offre les services soit en français et en anglais, soit en français seulement et travaille principalement dans cette dernière langue ». L'article 4 précise que les services relevant des établissements désignés « doivent être fournis en conformité avec la Politique sur les services en langue française du gouvernement ». Par ailleurs, un règlement impose à tous les offices régionaux de santé de fournir au ministre un « projet de plan de services en français<sup>43</sup> ». Ce plan énumère notamment les établissements et programmes francophones et bilingues relevant des offices régionaux<sup>44</sup>. Ceux-ci doivent consulter la communauté et les fournisseurs de services avant d'élaborer le plan<sup>45</sup>. Le plan est approuvé par le ministre, et les offices doivent lui présenter un rapport concernant l'atteinte des objectifs<sup>46</sup>. Il y a donc une reconnaissance juridique de la prestation de services en français ; pour les institutions désignées, les services doivent être offerts activement et pour les autres offices et bureaux, un plan doit indiquer ce que l'organisme entend faire. De plus, la *Loi sur les centres de services bilingues*<sup>47</sup> prévoit la création de tels centres dans chacune des six régions désignées en vertu de la politique ; ces centres peuvent offrir toute une gamme de services provinciaux, notamment des services de santé. Enfin, la *Loi sur l'appui à l'épanouissement de la francophonie manitobaine*<sup>48</sup> crée un cadre juridique plus permanent pour les services en français dans la province. Elle instaure également un Secrétariat aux affaires francophones et un conseil consultatif permanent et impose l'adoption de plans de services en français par les institutions du gouvernement, incluant les entités désignées pour offrir des soins de santé en français<sup>49</sup>. Elle impose en outre l'offre active de services en français quand ceux-ci sont requis<sup>50</sup>. Bref, la situation juridique du Manitoba évolue et la politique sur les services en français reçoit, en matière de soins de santé, une reconnaissance légale.

### ***L'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse***

L'Île-du-Prince-Édouard et la Nouvelle-Écosse fonctionnent selon le même modèle juridique, inspiré de l'Ontario : une *Loi sur les services en français*<sup>51</sup>. Cette loi et les règlements qui l'accompagnent permettent de désigner des régions où l'on pourra obtenir certains services désignés en français. À l'île, cette désignation crée une obligation juridique d'offrir les services en question<sup>52</sup>. Les services de santé n'ont pas encore été désignés ; toutefois, le ministère de la Santé offre déjà

certain services en français, conformément à l'article 2 de la Loi, qui le permet. Toutes les institutions gouvernementales doivent répondre en français à la correspondance reçue et tenir au moins une consultation publique en français, ou bilingue s'il n'y en a qu'une. De plus, toutes les institutions gouvernementales sont dotées d'un poste de coordonnateur des services en français<sup>53</sup>. Chaque institution doit soumettre un plan de développement des services en français, ainsi qu'un rapport annuel sur l'atteinte des objectifs. Le règlement a désigné le Department of Health and Wellness ainsi que Health PEI, la régie des soins de santé de la province, comme les institutions gouvernementales assujetties à la loi et devant donc se doter de plans de développement des services en français. La Loi institue un comité consultatif qui informe l'institution de ses priorités ; la santé en fait partie.

La structure juridique est semblable en Nouvelle-Écosse. Des institutions sont désignées en vertu de la loi et du règlement, dont le ministère Health and Wellness ainsi que les neuf anciennes régies régionales de santé. Celles-ci ont été fusionnées en une seule entité, qui a la responsabilité de la prestation des soins de santé dans la province. Or, la Loi qui crée la nouvelle régie provinciale de santé ne la désigne pas au sens de la *Loi sur les services en français*, et le règlement adopté en vertu de la *LSF*, qui désignait les neuf régies de santé, n'a pas encore été modifié pour refléter le changement<sup>54</sup>. Les institutions désignées soumettent des plans de développement des services en français, et le ministre responsable dépose un rapport annuel à cet effet. Des coordonnateurs des services en français sont nommés dans chaque ministère et office du gouvernement. Il faut noter que ces lois ne donnent pas un droit de recevoir des services en français de la part des institutions désignées ; plutôt, elles obligent les institutions à développer des plans de mise en œuvre et à faire rapport de l'atteinte de leurs objectifs.

### ***Terre-Neuve-et-Labrador, Colombie-Britannique, Saskatchewan, Alberta***

À Terre-Neuve-et-Labrador, une nouvelle politique des services en français a été adoptée en 2106<sup>55</sup>. Très sommaire, elle instaure le bureau des affaires francophones, qui coordonne les services en français au sein du gouvernement. Elle prévoit des services de formation et de traduction pour les ministères et institutions provinciales. Des services d'interprète sont disponibles à St-John's et à Labrador

City ; pour le reste, le Réseau Santé en français offre de la documentation.

En Colombie-Britannique, le RésoSanté dénombre les professionnels de la santé pouvant offrir des services en français, par auto-inscription. On compte aussi certaines institutions offrant des services en français, dont le centre communautaire La Boussole et le foyer Maillard pour aînés, à Vancouver. Ces mesures découlent de l'aide fédérale, qui provient de son pouvoir de dépenser. Il n'y a ni loi ni politique sur les services en français dans cette province.

La Politique sur les services en français de la Saskatchewan est modeste<sup>56</sup>. Elle vise les ministères « et autres agences ». Elle précise que les communications seront en français lorsque c'est indiqué. Quant aux services, elle mentionne que la désignation de postes bilingues sera considérée comme un mécanisme de prestation de services en français et que l'inclusion d'une composante fransaskoise sera prise en compte pour les nouveaux programmes et services. Il n'y a rien de particulier en matière de santé. La Direction des affaires francophones exploite un centre de services qui agit comme guichet unique et privilégie les communications par Internet et par téléphone pour les services en français. Certaines documentations ont été publiées en français sur des questions de santé, mais il n'y a pas d'organismes formellement désignés. Le formulaire de demande de carte d'assurance-maladie est disponible en français. Toute prestation ou offre active de soins en français en Saskatchewan découle donc d'arrangements administratifs et de partenariats entre Réseau Santé en français (RSFS) et les régies de la santé.

Il en va de même en Alberta. Au moment de rédiger ce chapitre, une politique sur les services en français est en voie d'élaboration. Un centre de santé francophone, le centre de santé communautaire Saint-Thomas, est situé dans la Cité francophone d'Edmonton, à proximité du campus Saint-Jean. Il compte des médecins de famille, des infirmières, des diététiciennes, des travailleurs sociaux, des psychiatres et des spécialistes de l'exercice.

### **Les trois territoires du Nord**

Les trois territoires nordiques ne sont pas formellement des provinces, mais le gouvernement fédéral les traite comme telles à plusieurs égards, dont celui de la prestation de services de santé.

Le Yukon a adopté une *Loi sur les langues* en 1986<sup>57</sup>. Bien qu'elle ne déclare pas de langues officielles au Yukon et se contente de

reconnaître, au paragraphe 1(1), que le français et l'anglais sont les langues officielles « du Canada », cette loi entend régir les exigences linguistiques des institutions de la législature et du gouvernement. Le paragraphe 6(1) reproduit pour le Yukon le paragraphe 20(1) de la *Charte canadienne* : le public a droit à l'emploi du français et de l'anglais pour communiquer avec le siège des institutions de l'Assemblée législative et du gouvernement du Yukon de même qu'ailleurs lorsque l'emploi de ces langues fait l'objet d'une demande importante ou se justifie par la vocation du bureau. Le paragraphe 6(2) précise que des règlements peuvent fixer « les conditions dans lesquelles le français ou l'anglais fait l'objet d'une demande importante ou se justifie par ladite vocation ». Le décret 2003-79 a établi la liste des « bureaux réglementaires » aux termes de la loi ; aucune institution de santé n'y figure. Par ailleurs la *Loi sur les hôpitaux*<sup>58</sup> crée une « Régie des hôpitaux du Yukon », chargée de la gestion autonome des trois hôpitaux du territoire. L'article 10 de cette loi précise que la *Loi sur les langues* s'y applique. La Régie a la responsabilité de fournir des soins médicaux et hospitaliers en vertu de l'article 2. Par conséquent, en théorie, les Franco-Yukonnais ont le droit de recevoir des services dans leur langue dans les établissements de santé de Whitehorse gérés par la Régie (jusqu'ici, l'hôpital de Whitehorse). Ailleurs, il faudrait que l'institution soit désignée par règlement, ce qui n'a pas encore été le cas.

Aux Territoires du Nord-Ouest (TNO), la *Loi sur les langues officielles*<sup>59</sup> prescrit neuf langues autochtones à titre de langues officielles, en plus du français et de l'anglais ; seules les mesures relatives au français et à l'anglais sont analysées ici. Le paragraphe 11(1) de la loi reproduit, comme au Yukon, le paragraphe 20(1) de la *Charte canadienne* : le siège des organismes du gouvernement, ainsi que tout autre bureau connaissant une demande importante ou dont la vocation le justifie, se voit conférer l'obligation d'offrir des services en français. Un règlement prescrit quatre régions en vertu de la demande importante de services en français : Yellowknife, Hay River, Forth Smith et Inuvik<sup>60</sup>. Les administrations des services de santé et des services sociaux de Fort Smith, Hay River et Yellowknife figurent parmi les institutions désignées dans le règlement. Huit administrations de santé, créées par le ministre, offrent des soins à la population dans des établissements relevant de ces dernières en vertu de l'article 10 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux*. Par conséquent, les établissements de santé situés dans les quatre régions désignées en vertu de la demande

importante sont assujettis aux obligations découlant de l'article 11 de la *Loi sur les langues officielles* des TNO. L'affaire *Fédération franco-ténoise*<sup>61</sup> a mis en lumière les difficultés de mise en œuvre de la *Loi sur les langues officielles* des TNO à l'époque, et la santé faisait partie des secteurs visés par l'ordonnance de la juge Moreau en première instance, confirmée dans cet aspect par la Cour d'appel puisque les services de santé font partie des services « confidentiels » pour lesquels un service direct, en personne et immédiat est requis.

Enfin, le Nunavut dispose maintenant aussi d'une *Loi sur les langues officielles*<sup>62</sup> qui confère des obligations au gouvernement du Nunavut ainsi qu'aux organismes publics du territoire. Le ministère de la Santé est assujetti à la *Loi sur les langues officielles*. Un organisme public au sens de la loi est une institution qui répond aux trois critères suivants : elle est créée par une loi du territoire, elle est placée sous l'autorité d'un ministre du conseil exécutif du territoire et elle est désignée aux termes de la *Loi sur la gestion des finances publiques*. Puisque cette dernière ne désigne pas d'institutions de santé, l'une des trois conditions est manquante et les hôpitaux et cliniques ne sont pas des organismes publics au sens de la loi. Néanmoins, le gouvernement, par l'entremise du ministère de la Santé, peut conclure des accords avec des hôpitaux pour la prestation de services de santé assurés, agréer des établissements de santé et autoriser la création d'établissements de santé. Par ce moyen, les centres de santé et hôpitaux peuvent être assujettis à la *Loi sur les langues officielles* du Nunavut.

## Conclusion

Le gouvernement canadien n'est constitutionnellement responsable des soins de santé que pour les « clientèles fédérales », et les institutions fédérales doivent offrir des services au public dans la langue officielle de son choix en vertu de la *Charte canadienne*. Elles délèguent souvent cette responsabilité à des institutions provinciales et celles-ci doivent alors offrir des services dans la langue de la minorité aux mêmes conditions que les institutions fédérales elles-mêmes. Par ailleurs, le gouvernement canadien utilise son pouvoir de dépenser pour financer les soins de santé dans la langue de la minorité.

Ce sont les provinces et territoires qui ont principalement la responsabilité de la prestation de soins de santé et de leur dimension linguistique. Il semble exister trois modèles à géométrie variable. D'une part, le Nouveau-Brunswick offre un droit général à des soins

de santé dans sa langue partout, dans des institutions linguistiquement homogènes. Ensuite, certaines provinces ont adopté des lois permettant de désigner des régions, des services et des institutions. Enfin, les provinces les moins avancées se contentent d'une politique administrative qui crée un bureau des affaires francophones offrant surtout des conseils, de l'information et des services de traduction.

Une offre active de soins de santé dans la langue de la minorité nécessite un encadrement législatif global. Outre les régies de la santé, les hôpitaux et les cliniques, il faut considérer les professionnels de la santé, leur formation, la désignation linguistique des postes et leur dotation. Ainsi, on peut penser à une stratégie de progression législative qui part de mécanismes de désignation (qui facilitent l'établissement des points de service), en passant par un droit du travail dans les institutions de santé qui intègre la dimension linguistique, jusqu'à un plein droit à des soins de santé dans sa langue, consacré dans une loi et, ultimement, dans la Constitution du Canada. En attendant, les communautés de langue officielle minoritaire tirent le meilleur parti possible de la structure constitutionnelle existante.

## Notes

1. En vertu de l'article 12 du *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*, AG XXI/2200, 16 décembre 1966, en vigueur le 3 janvier 1976, « chacun a droit d'atteindre le meilleur état de santé possible ».
2. *Renvoi relatif à la procréation assistée*, [2010] 3 RCS 457.
3. *Jones c. Procureur général du Nouveau-Brunswick*, [1975] 2 RCS 182.
4. L'article 36 garantit le principe de prestation de services publics de niveau semblable à des niveaux de taxation comparables.
5. *Renvoi relatif au régime d'assistance publique*, [1991] 2 RCS 525.
6. *Loi canadienne sur la santé*, LRC 1985, ch. C-6, art. 7.
7. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, « Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada », Saskatoon, La Commission, novembre 2002. Repéré à <http://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-85-2002F.pdf> [le 26 février 2015], 171-172, recommandation 28.
8. *Loi sur les langues officielles du Canada*, LRC 1985, ch. O-1, art. 41(1) et (2).
9. Voir Foucher, P., Les droits linguistiques dans le secteur privé. Dans Michel Bastarache et Michel Doucet (dir.), *Les droits linguistiques au Canada*, 3<sup>e</sup> édition, Montréal, Éditions Yvon Blais, p. 840-842.

10. Une recherche rapide révèle plus de 300 dispositions législatives ou réglementaires fédérales diverses qui imposent des obligations ou offrent des choix linguistiques dans ces matières.
11. *Lalonde c. Commission de restructuration*, (2001), 56 RJO (3<sup>e</sup>) 577 (CA). La cour accepte que la plétitude institutionnelle est un principe de livraison de services dans la langue de la minorité. Elle annule la décision de fermer l'hôpital Montfort d'Ottawa, le seul hôpital de langue française de l'Ontario, parce que la décision contrevient aux lois linguistiques provinciales.
12. *Lalonde*, *supra* note 16, par. 90-95.
13. *Conseil scolaire francophone de Colombie-Britannique c. Colombie-Britannique*, [2013], 2 RCS 774 ; *Caron c. Alberta*, [2015] 3 RCS 511.
14. *Renvoi relatif à la sécession du Québec* [1998], 2 RCS 217, par. 54
15. *Id.* par. 79-82
16. *Loi sur les langues officielles du Canada*, LRC 1985 ch. O-1, par. 41(1) et (2)
17. Voir Jennifer Klink, Perri Rapon, Justin Dubois et Jean-Pierre Hachey, *Le droit à la prestation des services publics dans les deux langues officielles*. Dans Bastarache et Doucet, *supra* note 9, p. 451-471.
18. *Règlement sur les langues officielles : communications avec le public et prestation des services*, DORS 92-48.
19. Au moment de la rédaction, les critères d'établissement d'une demande importante sont contestés devant la Cour fédérale.
20. L'article 26 de la LLO porte sur la réglementation fédérale en matière de santé et sécurité. Cette disposition ne semble pas viser la prestation des soins comme tels. Une courte recherche dans la base de données informatisée des règlements fédéraux, avec le vocable « français anglais », a produit 334 titres. Repéré à <http://laws-lois.justice.gc.ca/Recherche/Avancee.aspx> [consulté le 14 avril 2015].
21. *Société des Acadiens et Acadiennes du Nouveau-Brunswick et Paulin c. Canada (G.R.C.)*, [2008], 1 RCS 383.
22. *Canada (Commissaire aux langues officielles) c. Canada (Ministère de la Justice)*, [2001], CFPI 239 (*Affaire des contraventions*).
23. *Loi sur les langues officielles du Canada*, al. 43(1)(d) et (f).
24. *R. c. Morgentaler*, [1993], 3 RCS 463 ; *Renvoi relatif à la procréation assistée*, *supra* note 2.
25. *Loi sur les langues officielles*, LRNB, ch. O-0.5.
26. *Loi sur les régies régionales de santé*, LRNB 2011, ch. 217.
27. *Règlement sur le conseil – Loi sur les régies régionales de la santé*, R. 2012-7, art. 5.
28. *Loi sur Services Nouveau-Brunswick*, L.N.-B., ch. 15.
29. *Loi sur les services d'ambulance*, L.N.-B. 1990, ch. 73.

30. Commissaire aux langues officielles du Nouveau-Brunswick, Rapport d'enquête sur Ambulance Nouveau-Brunswick, 2013-1992, mars 2014.
31. *Loi sur les services en français de l'Ontario*, LRO 1990, ch. F.32. La loi sera révisée en 2017; il se peut que toute la province devienne une région désignée.
32. Office des affaires francophones de l'Ontario, critères de désignation. Repéré à <http://www.ofa.gov.on.ca/fr/loi-organismes.html> [consulté le 17 avril 2015].
33. *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*, L.O. 2006, ch. 4.
34. *Id.* al. 14(2)(2).
35. Règlement de l'Ontario, 162/07 : Conseil consultatif des services de santé en français.
36. Commissaire aux services en français de l'Ontario, *Rapport spécial sur la planification des services de santé en français en Ontario*, 7 mai 2009.
37. Règlement de l'Ontario, 515/09.
38. *Id.*, al. 3(1)d).
39. En mars 2015, le Regroupement des entités de planification et l'Alliance des réseaux ontariens de santé en français ont publié un « Énoncé de position commune sur l'offre active des services de santé en français en Ontario ». Repéré à [http://rssfe.on.ca/upload-ck/Enonce\\_OffreActive\\_10mars15\\_FR.pdf](http://rssfe.on.ca/upload-ck/Enonce_OffreActive_10mars15_FR.pdf) [consulté le 17 avril 2015].
40. *Loi modifiant et prorogeant la loi 32-33 Victoria, chapitre 3, et concernant l'organisation du gouvernement du Manitoba*, 1870, 33 Vict., ch. 3 (Canada).
41. *Règlement sur la désignation des établissements et des programmes francophones et bilingues*, Règlement du Manitoba 131/2013.
42. Codification permanente des lois du Manitoba, chap. R34.
43. *Règlement sur les services en français*, Règlement du Manitoba 46-98 modifié par le Règlement 2013/138, art 2.
44. *Id.*, art. 2(2)a.1).
45. Art. 2(3).
46. Art. 6.
47. Codification permanente des lois du Manitoba, chap. B37.
48. *Loi sur l'appui à l'épanouissement de la francophonie manitobaine*, 1<sup>re</sup> sess., 41<sup>e</sup> lég., adoptée le 30 juin 2016.
49. *Id.*, par. 11(3).
50. *Id.*, par. 3(3).
51. *Loi sur les services en français de l'Île-du-Prince-Édouard*, SPEI 2013, ch. 32; *Règlement d'application*, EC845/13; *Loi sur les services en français de Nouvelle-Écosse*, SNS 2004, ch. 26; *Règlement d'application*, NS Reg 233/2006.
52. *Loi sur les services en français de l'Île-du-Prince-Édouard*, art. 3.*Id.*, art. 9.

53. *Health Authorities Act*, S.N.-S. 2014, c. 32.
54. *Politique sur les services en français de Terre-Neuve-et-Labrador*. Repéré à [http://www.exec.gov.nl.ca/frenchservices/french/politique\\_sur\\_les\\_services\\_en\\_francais.PDF](http://www.exec.gov.nl.ca/frenchservices/french/politique_sur_les_services_en_francais.PDF) [consulté le 18 janvier 2017].
55. *Politique de services en langue française du gouvernement de Saskatchewan*. Repéré à <https://www.saskatchewan.ca/bonjour/levels-of-government/executive-council-and-office/francophone-affairs> [consulté le 18 janvier 2017].
56. *Loi sur les langues*, LRY 2002, ch. 133.
57. *Loi sur les hôpitaux*, LRY 2002, ch. 111.
58. *Loi sur les langues officielles*, L.R.T.N.-O., 1988, ch. 56.
59. Règlement R-082-2006, tel qu'il est modifié par R-079-2013.
60. *Fédération franco-ténoise c. Territoires du Nord-Ouest*, 2006, NWTSC 20 (Cour supérieure), 2008, NWTCA 5 (Cour d'appel), demande d'autorisation d'appel à la Cour suprême du Canada refusée : [2008], C.S.C.R. n° 432.
61. *Loi sur les langues officielles du Nunavut*, L. Nun. 2008, ch. 10.