



**Pour une réforme de la santé respectueuse
des deux communautés linguistiques officielles**

Mémoire présenté à l'honorable
Dorothy Shephard, ministre de la Santé,
dans le cadre de la consultation publique sur
l'avenir des soins de santé dans la province du Nouveau-Brunswick

La Société de l'Acadie du Nouveau-Brunswick (SANB)

Mars 2021



Mémoire à l'honorable Dorothy Shephard, ministre de la Santé, dans le cadre de la consultation publique sur l'avenir des soins de santé dans la province

Introduction : L'importance de la langue en santé¹

Au Nouveau-Brunswick, quatre groupes de personnes peuvent faire face à des obstacles linguistiques en matière de soins de santé : les communautés des Premières Nations, les immigrants, les personnes sourdes ou aveugles, et les francophones. Comme le français et l'anglais sont les deux langues officielles du Nouveau-Brunswick, il va de soi que les locuteurs de ces deux langues ont le droit, en vertu des dispositions de la *Loi sur les langues officielles* et de la *Charte canadienne des droits et libertés* de recevoir des services de qualité égale dans la langue officielle de leur choix des institutions de santé de la province. Malheureusement, cela n'est souvent pas le cas, car une de ces deux langues semble être plus officielle que l'autre. Alors qu'il semble que les locuteurs anglophones puissent obtenir partout dans la province des services médicaux dans leur langue sans grand problème, cela n'est pas le cas pour les locuteurs francophones.

La langue a été décrite comme étant l'outil le plus essentiel en médecine, un outil sans lequel les professionnels de la santé ne pourraient faire leur travail. Sans la langue, le travail d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé pourrait presque être comparé à celui d'un vétérinaire. Au cours des dernières décennies, les recherches sur les impacts des barrières linguistiques dans le domaine de la santé se sont multipliées. Elles mettent de plus en plus en évidence l'impact de ces barrières sur l'accès aux soins de santé, la sécurité des patients et la qualité des soins offerts.

Ces recherches révèlent également que l'importance de la langue en santé est généralement assez méconnue et qu'il existe toujours de nombreuses idées fausses sur les stratégies visant à surmonter les obstacles que cela peut poser. De nombreux administrateurs, fournisseurs de service et professionnels de la santé ne sont souvent pas conscients des risques pour les patients de ne pas aborder correctement les obstacles posés par les barrières linguistiques et ils continuent à voir la prestation de services santé dans les deux langues officielles comme n'étant rien de plus qu'une réponse à une simple demande d'accommodement et non comme un service essentiel.

En raison de ce manque de compréhension, de nombreux établissements de santé et plusieurs professionnels de la santé continuent à s'appuyer sur des moyens qui présentent des risques pour le patient pour offrir des services à la communauté minoritaire de langue officielle. Ceux-ci incluent, entre autres :

- tenter de surmonter une barrière linguistique par des gestes ou de simples questions;
- utiliser les membres de la famille pour agir comme interprète;
- utiliser une interprétation *ad hoc* (par exemple, des employés de l'établissement de santé ou des visiteurs.)

¹ Plusieurs parties de ce mémoire sont tirés de M. Doucet, *Les droits linguistiques au Nouveau-Brunswick : À la recherche de l'égalité réelle*, Édition de la Francophonie, 2017.



Mémoire à l'honorable Dorothy Shephard, ministre de la Santé, dans le cadre de la consultation publique sur l'avenir des soins de santé dans la province

L'idée fausse la plus répandue est que si un patient parle un peu anglais, il n'a pas besoin d'un interprète et on peut lui offrir le service dans cette langue sans aucun problème. Pourtant, les recherches montrent clairement que le risque de mauvaise communication est très élevé dans ce cas. La raison est pourtant assez simple à comprendre : il existe une présomption, qui malheureusement peut être fautive, que le patient qui parle anglais comprend sans difficulté toutes les nuances linguistiques de ce que le professionnel de la santé est en train de lui expliquer.

Une autre présomption dangereuse est celle où le fournisseur de soins de santé croit pouvoir compter sur les membres de la famille du patient ou sur une tierce personne pour fournir des services d'interprétation en cas de barrière linguistique. Il ne faut jamais oublier que ces personnes ne sont pas des traducteurs professionnels et que des erreurs dans l'interprétation linguistique sont courantes. Ces interprètes amateurs peuvent, par exemple :

- omettre des informations essentielles;
- ajouter des choses à ce que le fournisseur de santé a dit;
- substituer des mots, des concepts ou des idées;
- utiliser des mots inexacts pour l'anatomie, les symptômes ou le traitement!

Plusieurs erreurs peuvent ainsi être commises en l'espace d'une brève rencontre avec des conséquences importantes et permanentes pour la santé du patient.

Une fausse conception qui est malheureusement trop répandue au Nouveau-Brunswick est que, les francophones étant bilingues, l'accès à des services de santé ne présente pas un obstacle pour eux, même si ces services sont offerts en anglais. Bien qu'il soit vrai qu'une majorité de francophones au Nouveau-Brunswick sont bilingues, il n'en demeure pas moins que de nombreuses personnes bilingues qui travaillent et interagissent en anglais au quotidien peuvent se trouver dépourvues en anglais dans des situations de stress émotionnel ou de crise, à un point tel qu'elles sont incapables de comprendre ce que le professionnel de la santé est en train de leur dire. Cette situation peut être difficile à comprendre pour un anglophone qui n'a jamais eu à vivre une telle situation. Être forcé de communiquer dans sa deuxième langue, dans une situation de crise, peut augmenter le stress et l'inconfort. Étant donné que les soins de santé sont, règle générale, fournis dans un environnement stressant ou en situation de crise, la langue devient dans ce contexte une considération importante.

C'est donc dans ce contexte qu'il faut concevoir la réforme de la santé, plus particulièrement dans une province comme le Nouveau-Brunswick qui s'enorgueillit d'être une province officiellement bilingue.

Une autre caractéristique qui n'est pas nécessairement propre au Nouveau-Brunswick, mais qui a un impact important sur les soins de santé est le caractère rural de la province. Cette caractéristique



Mémoire à l'honorable Dorothy Shephard, ministre de la Santé, dans le cadre de la consultation publique sur l'avenir des soins de santé dans la province

est particulièrement vraie en ce qui concerne la communauté francophone de la province qui, règle générale, vit dans des régions rurales souvent très éloignées des centres urbains où les services de santé spécialisée sont offerts.

Cette caractéristique rurale rend encore plus importante la présence de petits hôpitaux qui offrent des services d'urgence et de soins primaires. Une réforme de la santé au Nouveau-Brunswick ne saurait ignorer cette réalité. De plus, il est souvent plus facile d'offrir dans ces hôpitaux un service en français. Ces deux réalités vont donc de pair et ne peuvent être ignorées.

Dans la prochaine partie de ce mémoire, nous allons aborder les dispositions constitutionnelles et législatives qui garantissent aux Néo-Brunswickois le droit de recevoir des soins de santé dans la langue de leur choix et l'impact que ces droits peuvent avoir sur les structures et la gouvernance des institutions de santé.

1. Un bref survol historique

Jusqu'en 1958, les hôpitaux du Nouveau-Brunswick étaient des entités privées. Ils étaient cependant admissibles au financement public, faisant ainsi l'objet d'un certain contrôle en vertu du *Public Hospitals Act*². Cette loi encadrait les relations entre les hôpitaux et les gouvernements locaux et prévoyait les conditions d'octroi des subventions provinciales. Les comtés et les municipalités administraient les programmes d'accès aux soins de santé, mais la nature de ces programmes s'avérait plutôt difficile à déterminer. La qualité des soins variait également en fonction des comtés : les comtés les plus riches, essentiellement ceux des régions urbaines du sud anglophone de la province, offraient des services de qualité supérieure à ceux que pouvaient fournir les comtés les plus pauvres, situés pour la plupart dans les régions rurales et le nord francophone de la province. Il importe de noter qu'il était davantage question dans la loi de 1952 des conditions dont était assorti le financement des soins de santé que de leur gestion, laquelle demeurait essentiellement privée.

Ce n'est qu'en 1958 qu'un contrôle public plus serré des soins de santé sera assuré par la loi. Le *Public Hospitals Act*³ établissait une commission appelée *Hospital Services Commission of New Brunswick*, qui allait exercer à l'égard des hôpitaux un certain degré de contrôle et de surveillance. Elle contrôlait notamment l'établissement de nouveaux hôpitaux, l'expansion et la rénovation des hôpitaux existants et l'octroi des subventions publiques aux hôpitaux. Par ailleurs, au ministre de la Santé était conféré le pouvoir absolu d'approuver l'exploitation d'un hôpital ainsi que l'adoption et la modification de ses règlements généraux. De plus, la commission attribuait au gouvernement un large pouvoir de réglementation, entre autres sur l'établissement, l'agrandissement, la gestion, le fonctionnement et

² LRN-B 1952, c 182.

³ LN-B 1958, c 11.



Mémoire à l'honorable Dorothy Shephard, ministre de la Santé, dans le cadre de la consultation publique sur l'avenir des soins de santé dans la province

l'inspection des hôpitaux. En somme, cette loi haussait le degré de contrôle et de réglementation que pouvait exercer le gouvernement sur les établissements de soins de santé, lesquels demeuraient gérés, malgré tout, par le secteur privé.

En 1966, ce contrôle public s'accroît. Le *Public Hospitals Act*⁴ prévoit maintenant que la province sera propriétaire des nouveaux hôpitaux et qu'elle sera tenue responsable des dettes de tous les hôpitaux existants. En outre, les vastes pouvoirs réglementaires de la province, notamment quant à l'établissement, à la gestion et au fonctionnement des hôpitaux, y étaient réaffirmés⁵.

Dans les années 90, le gouvernement met en œuvre une vaste réforme de la gestion des soins de santé. Dans un premier temps, en avril 1992, la *Loi modifiant la Loi sur les hôpitaux publics*⁶ abolit toutes les entités sociales privées qui assuraient jusqu'alors la gestion des établissements de soins de santé. Ainsi, l'intégralité des pouvoirs, des droits et des responsabilités de ces entités est dévolue au ministre, lequel devient, dès lors, l'unique titulaire de droits et de pouvoirs à l'égard des établissements de soins de santé dans la province. Cette centralisation absolue allait permettre la gestion publique des établissements de soins de santé. Peu de temps après, soit en mai 1992, la *Loi sur les hôpitaux publics* est abrogée et remplacée par la *Loi hospitalière*⁷.

Tous les droits dont étaient titulaires auparavant les entités sociales privées, la *Loi hospitalière* les transfère à ce qu'elle appelle des corporations hospitalières régionales. Huit corporations hospitalières régionales sont ainsi constituées et prennent le relais des multiples entités privées qui correspondaient antérieurement à chaque établissement de soins de santé. Les huit corporations hospitalières sont collectivement responsables de seulement sept régions puisqu'une corporation hospitalière additionnelle sera ajoutée afin de refléter la présence de deux corporations de la santé, une francophone et une anglophone, dans la région du sud-est de la province. Sans que la Loi le prévienne expressément, il s'agit là d'une reconnaissance implicite, voire tacite, de la dualité linguistique dans la gestion de ces services.

Avec l'adoption de la *Loi hospitalière*, les corporations hospitalières sont tenues d'établir, d'exploiter et de maintenir des établissements hospitaliers non pas en vue d'un gain financier, mais uniquement à des fins caritatives. De plus, elle prévoit que les affaires internes des corporations hospitalières doivent être contrôlées et gérées par des conseils de fiduciaires qui leur sont propres. L'effet principal de la réforme de 1992 est donc de transférer l'administration des établissements de

⁴ LN-B 1966, c 22.

⁵ LRN-B 1973, c P-23. Cette loi sera adoptée dans les deux langues officielles à l'occasion de la révision des lois de 1973 et pourra, à partir de ce moment, être désignée sous le titre de la *Loi sur les hôpitaux publics*.

⁶ LN-B 1992, c 19.

⁷ LN-B 1992, c H 6.1.



Mémoire à l'honorable Dorothy Shephard, ministre de la Santé, dans le cadre de la consultation publique sur l'avenir des soins de santé dans la province

soins de santé, lesquels appartenaient jusque-là à une multitude d'entités privées, à un nombre limité d'agences publiques à vocation régionale et, dans le cas du Sud-Est, à vocation linguistique.

Quant au contrôle et à la gestion des services de santé, la réforme de 1992 maintient une forme tempérée de décentralisation, mais y apporte quelques précisions. Ainsi, la *Loi hospitalière* prévoit que le conseil de fiduciaires de la corporation hospitalière exerce le contrôle et la gestion des activités et des affaires internes de cette dernière. Il peut, à cette fin, adopter des règlements administratifs et assurer la gestion du personnel médical, sous réserve de l'approbation du ministre. Il doit également obtenir l'approbation du ministre s'il entend établir, agrandir ou aliéner un établissement de soins de santé et préalablement à l'affectation de fonds qui entraîneraient des frais afférents à l'exploitation permanente. En outre, il doit, dans l'exercice du contrôle et de la gestion des corporations hospitalières, assurer la prestation de services médicaux conformément aux paramètres que fixe le ministre.

La *Loi sur les régies régionales de la santé*⁸, adoptée en 2002, reprend le modèle de décentralisation régionale qui résulte de la réforme de 1992 tout en précisant davantage le rôle respectif du gouvernement et des entités décentralisées. À cette fin, le gouvernement doit adopter un plan provincial de la santé, fixer des objectifs de rendement et établir des normes provinciales en matière de services de santé. Quant à elles, les régies régionales sont appelées à établir un plan triennal de la santé pour leur région, qui prévoit les objectifs, les priorités, les divers programmes et initiatives ainsi que le plan financier de la régie régionale. En outre, elle dispose que « les affaires d'une régie régionale de la santé doivent être contrôlées et gérées » par son conseil d'administration, lequel est constitué d'une majorité de membres élus. Si la réforme de 2002 détermine la nature du droit de contrôle et de gestion des régies régionales, ce droit reste néanmoins assujéti au plan provincial de la santé, aux objectifs de rendement et aux normes provinciales en matière de services de santé qu'établit le ministre. En matière linguistique, la *Loi* assure la cohérence entre la décentralisation et la réalité linguistique des régions. À l'instar de la *Loi hospitalière*, elle prévoit l'existence de deux régies dans la région du sud-est, ce qui a vraisemblablement pour but d'assurer pour la minorité de langue officielle une gestion et un contrôle distincts.

En 2008, la *Loi sur les régies régionales de la santé* fait l'objet de modifications de fond. Elles opèrent une large centralisation du contrôle et de la gestion des soins de santé. D'une part, le nombre de régies régionales est réduit de huit à deux et, d'autre part, tous les membres du conseil d'administration ainsi que le président-directeur général d'une régie sont dorénavant nommés par le gouvernement. Ces modifications plaçaient effectivement le contrôle des établissements de soins de santé carrément entre les seules mains du ministre.

⁸ 2002 LN-B, c R-5.05.



Mémoire à l'honorable Dorothy Shephard, ministre de la Santé, dans le cadre de la consultation publique sur l'avenir des soins de santé dans la province

La réforme de 2008 a fait l'objet d'une contestation judiciaire. Les demandeurs estimaient qu'elle violait le droit de la communauté francophone de gérer son propre réseau de santé. À la suite de négociations entre le gouvernement provincial et les demandeurs, des modifications ont été apportées à la réforme. Ces modifications comprennent des changements à la *Loi sur les régies régionales de la santé*. Ils visent à préciser la langue de fonctionnement des deux régies régionales et de leurs établissements : l'une, la Régie régionale de la santé Vitalité, qui regroupe les anciennes régies de la santé Beauséjour, Acadie-Bathurst, Restigouche et Nord-Ouest, est désignée régie francophone, et l'autre, la Régie régionale de la Santé Horizon, qui regroupe les anciennes régies de Moncton, Fredericton, Saint-Jean, Miramichi et Haut de la Vallée Saint-Jean, est désignée régie anglophone.

D'autres modifications sont apportées à *Loi sur les régies régionales de la santé* par suite du règlement amiable. Elles rétablissent, entre autres, l'élection d'une majorité des membres du conseil d'administration d'une régie régionale de la santé. En effet, le paragraphe 20(1) de la *Loi* prévoit que huit membres du conseil seront élus et que le ministre en nommera sept. Cependant, l'article 26 confère au ministre, et non au conseil d'administration, le pouvoir de nommer les deux directeurs généraux des deux régies.

De plus, ce règlement prévoyait que le gouvernement mettrait en place un plan de rattrapage pour les soins de santé en région francophone. Ce plan de rattrapage représente une demande historique de la communauté acadienne, laquelle avait fait l'objet d'une étude approfondie dans les années 80, commandée par la SANB (voir J.-B. Robichaud, *Objectif 2000 : Vivre en santé en français au Nouveau-Brunswick*, 1985-87, Moncton, Éditions d'Acadie.) Cette recherche mettait en relief les écarts existants entre les régions francophones et anglophones de la province en matière de soins de santé. L'étude montrait que les hôpitaux anglophones du sud de la province étaient mieux nantis que les hôpitaux dans les régions francophones. Elle soulignait également des écarts défavorables au réseau hospitalier francophone en ce qui concerne la disponibilité des services secondaires spécialisés et tertiaires. De cette étude se dégage le constat que la région du nord majoritairement francophone accuse un sérieux retard sur la région du sud dans l'accessibilité et la disponibilité des services de santé.

Afin de tenir compte de cette réalité, en plus d'un plan de rattrapage, des modifications furent apportées à la loi par suite du règlement amiable pour prévoir que les deux régies sont chargées de la responsabilité d'améliorer les services offerts en français, ce qui laisse supposer que ce service souffre d'un certain déséquilibre par rapport aux services fournis en anglais. À cet effet, le paragraphe 19(3) de la *Loi sur les régies régionales de la santé* prévoit : « Les régies régionales de la santé ont pour responsabilité d'améliorer la prestation des services de santé en français. »

Ce survol historique révèle clairement qu'au Nouveau-Brunswick la prestation de services médicaux en français doit faire partie de toutes réformes de la santé si l'on veut assurer un service de qualité égale aux deux communautés linguistiques officielles.



Mémoire à l'honorable Dorothy Shephard, ministre de la Santé, dans le cadre de la consultation publique sur l'avenir des soins de santé dans la province

2. Les garanties constitutionnelles

Il ne fait aucun doute que les hôpitaux et les régies régionales de la santé sont, aux fins d'application des paragraphes 16(2) et 20(2) de la *Charte*, des institutions du gouvernement du Nouveau-Brunswick. Le paragraphe 16(2) prévoit : « Le français et l'anglais sont les langues officielles du Nouveau-Brunswick; ils ont un statut et des droits et privilèges égaux quant à leur usage dans les institutions de la Législature et du gouvernement du Nouveau-Brunswick. » Le paragraphe 20(2) stipule pour sa part : « Le public a, au Nouveau-Brunswick, droit à l'emploi du français ou de l'anglais pour communiquer avec tout bureau des institutions de la législature ou du gouvernement ou pour en recevoir les services. »

Étant des entités du gouvernement du Nouveau-Brunswick, les régies régionales, les hôpitaux et les centres de santé de la province sont par conséquent tenus constitutionnellement de fournir au public des services de qualité égale dans les deux langues officielles, quel que soit l'endroit où ils se trouvent.

La question de savoir s'il existe un droit constitutionnel pour la minorité de langue officielle de gérer des établissements de santé se pose régulièrement au Nouveau-Brunswick. Le débat porte notamment sur l'interprétation de l'article 16.1 de la *Charte*. Cette disposition prévoit :

16.1 (1) La communauté linguistique française et la communauté linguistique anglaise du Nouveau-Brunswick ont un statut et des droits et privilèges égaux, notamment le droit à des institutions d'enseignement distinctes et aux institutions culturelles distinctes nécessaires à leur protection et à leur promotion.

(2) Le rôle de la législature et du gouvernement du Nouveau-Brunswick de protéger et de promouvoir le statut, les droits et les privilèges visés au paragraphe (1) est confirmé.

Nous soutenons que cet article ne vise pas uniquement les institutions éducatives et culturelles qui y sont expressément nommées. Nous croyons que, par l'emploi du terme « notamment », le législateur n'avait mentionné ces institutions qu'à titre d'illustration ou d'exemple et que l'énumération d'institutions à cet article n'est nullement exhaustive : elle inclut d'autres institutions nécessaires à la protection et à la promotion de l'égalité des communautés linguistiques, comme les établissements de santé.

L'historique de la gestion des établissements de santé francophone au Nouveau-Brunswick illustre avec éloquence l'importance que revêt leur gestion par des représentants de la minorité sur le développement de la santé en français. Afin d'illustrer cette affirmation, nous allons faire un survol de l'historique du développement du réseau de santé francophone dans le Sud-Est qui démontre



Mémoire à l'honorable Dorothy Shephard, ministre de la Santé, dans le cadre de la consultation publique sur l'avenir des soins de santé dans la province

l'importance de la gestion de la santé par la communauté francophone. Ce choix est guidé par le fait que cette région bénéficie depuis longtemps d'une dualité en matière de soins de santé et que son développement a été bien documenté. Il montre également l'importance de la gouvernance pour le développement de la santé en français.

Dans son livre *Rêves de visionnaires*⁹, Claude Bourque présente un historique de la création et du développement de ce qui allait devenir la Régie de santé Beauséjour. Sans répéter cet historique, nous allons cependant rappeler les événements et les circonstances qui confirment le statut particulier que possède l'hôpital D^r Georges-L.-Dumont, tant au sein de la communauté linguistique francophone de la région du Sud-Est que dans l'ensemble de la province.

Le premier hôpital francophone de la région du sud-est du Nouveau-Brunswick a vu le jour dans les années 1920. Bien que l'hôpital se définit à ce moment-là comme un établissement catholique, il ne faisait aucun doute qu'il avait été créé par des francophones pour servir la population francophone du Sud-Est. Dans les décennies qui ont suivi, il a continué, contre vents et marées, à se développer. Sa présence aura permis l'élaboration d'une vision de la santé qui était propre à la communauté francophone et qui répondait à ses défis et à ses besoins particuliers.

L'Hôpital D^r Georges-L.-Dumont, qui viendra remplacer l'Hôtel-Dieu, assurera des services de santé en français dans un contexte où plusieurs refusaient de considérer que la santé pût comporter une dimension linguistique et culturelle, même dans la mesure où les besoins de la communauté linguistique française revêtaient un caractère particulier et où l'accès à des services de santé en français nécessitait la mise en place d'une structure d'accueil spéciale. Par exemple, au début des années 1970, le ministre provincial de la Santé parle de centraliser tous les soins spécialisés destinés à la population anglophone et francophone de Moncton sous un même toit. Son intention est claire : elle vise l'établissement à Moncton d'un seul hôpital « bilingue »¹⁰. Les dirigeants de la communauté linguistique française du Sud-Est s'y opposaient farouchement, clamant que le temps était venu pour les francophones de se doter d'un établissement de soins de santé égal ou semblable aux trois grands établissements hospitaliers de la communauté linguistique anglaise, lesquels étaient situés à Saint-Jean, à Fredericton et à Moncton. La communauté linguistique française revendiquait la présence d'une institution qui la représentait, qui connaissait ses besoins, qui la consultait et qui planifiait ses services et son avenir en fonction de sa réalité. Elle ne croyait pas à l'accès égal à des services de même qualité dans le cadre d'un seul hôpital bilingue. La pertinence de pareille revendication était irréfutable puisque la communauté linguistique française vivait, à la même époque, les tensions d'un régime scolaire dit bilingue totalement inefficace et d'une fonction publique où la représentativité francophone était très faible. Le gouvernement provincial finira par donner raison à la communauté

⁹ C. Bourque, *Rêves de visionnaires, Historique de l'Hôtel-Dieu/Hôpital D^r Georges-L. Dumont*, Éditions d'Acadie, 1997.

¹⁰ *Ibid.* aux pp 154-55.



Mémoire à l'honorable Dorothy Shephard, ministre de la Santé, dans le cadre de la consultation publique sur l'avenir des soins de santé dans la province

linguistique française en annonçant la construction d'un nouvel hôpital francophone à Moncton : l'Hôpital D^r Georges-L.-Dumont.

Vers la fin des années 1970, un autre ministre de la Santé reviendra à la charge en recommandant la création de six conseils régionaux de la santé. Cette réorganisation prévoit initialement que la communauté linguistique française du Sud-Est fera partie du même conseil régional de santé que la communauté linguistique anglaise. Gilbert Finn, alors président du conseil d'administration de l'Hôpital D^r Georges-L.-Dumont, craignant pour l'avenir de l'hôpital et de la communauté linguistique française si l'hôpital devait relever d'un conseil régional de santé au sein duquel les priorités seraient établies à un palier où les représentants de cette communauté seraient minoritaires ou disposeraient d'un pouvoir de décision dilué par rapport au contrôle qu'ils possédaient jusqu'alors, écrit à Richard Hatfield, premier ministre de l'époque :

Peu importe ce que peuvent penser certaines personnes, l'Hôpital D^r Georges-L.-Dumont se reconnaît un rôle important, comme centre de référence pour les francophones du nord-est de la province, en plus de desservir les quelque 65 000 francophones des comtés de Kent et de Westmorland.

[...] Vous comprendrez que, pour répondre à ce besoin et continuer son développement, il faut que l'Hôpital Georges-Dumont puisse jouir des facilités, équipement, instrumentation et avoir un certain pouvoir de décision partagé avec les autorités du ministère de la Santé. Jusqu'à date [sic], un tel échange s'est avéré fructueux.

[...] Nous comptons donc sur votre compréhension du problème des francophones dans cette province, pour que notre population minoritaire ne soit pas encore une fois défavorisée par la mise sur pied de conseils régionaux de santé, tels que recommandés par le conseil consultatif¹¹ [nous soulignons].

Dans une lettre datée du 18 août 1977, le premier ministre Hatfield répond comme suit à M. Finn :

J'aimerais attirer votre attention sur le fait que le ministère de la Santé appuie l'objectif visant à établir une plus grande équité quant à la quantité de services hospitaliers et à leur accès partout dans la province, tant de façon générale que particulière, pour chaque groupe de langue officielle. En outre, nous reconnaissons parfaitement le rôle essentiel que remplit l'hôpital Dr. Georges-L.-Dumont en tant que centre de service de référence provincial et régional pour la population francophone.

¹¹ *Ibid.* aux pp 202-03.



Mémoire à l'honorable Dorothy Shephard, ministre de la Santé, dans le cadre de la consultation publique sur l'avenir des soins de santé dans la province

Par conséquent, je peux vous assurer que chaque groupe linguistique sera pris en considération dans le développement futur du système des soins de santé dans la province¹² [notre traduction].

On ne saurait sous-estimer l'importance d'une telle reconnaissance officielle et non équivoque de la part du premier ministre du Nouveau-Brunswick au sujet de la mission prépondérante confiée à l'Hôpital D^r Georges-L.-Dumont en tant que centre provincial et régional de référence pour les services de santé de la communauté linguistique française. Cet engagement confirme la position prééminente de cette institution francophone dans le développement et l'épanouissement non seulement de la communauté linguistique française du Sud-Est, mais aussi de l'ensemble de la province.

L'Hôpital D^r Georges-L.-Dumont a également exercé un rôle de premier plan dans la formation des professionnels de la santé d'expression française au Nouveau-Brunswick. Depuis les années 1930, l'Hôtel-Dieu offrait une formation en français pour les futures infirmières. Pendant la période de 1980 à 1997, l'hôpital instaure un programme d'éducation médicale qui deviendra la pierre angulaire de la formation, du recrutement et de la conservation de médecins et de spécialistes capables de travailler en français. Ce projet a pris forme, non en raison d'un engagement politique, mais en raison de la persévérance des dirigeants francophones de cet hôpital.

Le projet visant la réalisation d'un tel programme d'éducation médicale illustre à merveille l'exercice réel du pouvoir de gestion dont sont dotés les représentants de la communauté francophone. Dans un mémoire présenté au premier ministre du Nouveau-Brunswick le 12 mars 1980, le conseil d'administration de l'Hôpital D^r Georges-L.-Dumont demande au ministère de la Santé de la province de mettre sur pied un programme d'enseignement médical pour les futurs médecins d'expression française de la province, en collaboration avec des facultés de médecine de langue française du Québec. Il souligne la pénurie d'omnipraticiens francophones partout dans la province et de services spécialisés dans les hôpitaux francophones, alors que les établissements anglophones, quant à eux, sont beaucoup mieux nantis¹³.

Le 11 juin 1980, le conseil d'administration de l'Hôpital D^r Georges-L.-Dumont présente à la ministre de la Santé du Nouveau-Brunswick un projet de financement d'un tel programme. Ce projet prévoit l'engagement de professeurs et de personnel de soutien à temps plein et à temps partiel, la rénovation de locaux et l'ajout d'une bibliothèque médicale. L'hôpital a déjà négocié des ententes avec les trois facultés de médecine du Québec, qui se disent prêtes à participer à ce programme. Le gouvernement du Nouveau-Brunswick autorise officiellement son instauration le 7 avril 1981¹⁴. Il convient de noter, cependant, que les initiatives émanent de l'institution acadienne elle-même et non du gouvernement

¹² *Ibid.* à la p 203.

¹³ *Ibid.* à la p 216.

¹⁴ *Ibid.* aux pp 216-17.



Mémoire à l'honorable Dorothy Shephard, ministre de la Santé, dans le cadre de la consultation publique sur l'avenir des soins de santé dans la province

provincial, confirmant encore une fois l'importance pour la communauté linguistique française d'exercer un contrôle sur le réseau des institutions nécessaires à sa protection et à son essor.

En juin 1992, au terme de la conclusion d'une entente, l'Hôpital D^r. Georges-L.-Dumont devient un hôpital d'enseignement affilié à la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke. L'entente assure la permanence des programmes de stages, créés en 1981, et de l'enseignement postdoctoral de la médecine familiale, créé en 1988.

Cette remise en contexte, somme toute incomplète, nous amène à nous demander si la minorité linguistique francophone du Nouveau-Brunswick est effectivement titulaire du droit de gérer ses établissements de santé.

Le point de départ pour répondre à cette question est l'article 16.1 de la *Charte*. Une interprétation large et généreuse de cet article nous porte à conclure qu'il inclut le droit pour la minorité linguistique de langue officielle de contrôler et de gérer ses établissements de soins de santé. Il convient de le répéter, les établissements de soins de santé peuvent remplir un rôle vital dans le maintien et l'épanouissement de la communauté linguistique minoritaire. Ils permettent à la langue française, notamment, de devenir la langue de travail, de fonctionnement et de formation au sein d'organismes nécessaires pour les communautés et précieux pour leur essor. C'est donc à la lumière de leur rôle au regard de la vitalité d'une communauté qu'il apparaît impératif d'attribuer à la minorité linguistique le contrôle et la gestion de ces établissements. À l'instar des établissements d'enseignement, ce droit de contrôle et de gestion devient pour cette minorité linguistique une condition essentielle à l'atteinte d'une égalité réelle et à la réalisation du caractère réparateur de l'article 16.1.

Le droit de gestion et de contrôle des établissements de santé par la communauté linguistique française du Nouveau-Brunswick découle de la *Loi reconnaissant l'égalité des deux communautés linguistiques officielles au Nouveau-Brunswick*, laquelle reconnaît, entre autres, le droit pour ces communautés « à des institutions distinctes où peuvent se dérouler des activités culturelles, éducationnelles et sociales »¹⁵. Nous sommes d'avis que les hôpitaux francophones et la Régie de santé Vitalité sont des « institutions distinctes » où se déroule un ensemble d'activités éducationnelles et sociales propres à la communauté linguistique française de la province.

Dans l'arrêt *Lalonde c. Ontario (Commission de restructuration des services de santé)*, la Cour d'appel de l'Ontario était elle aussi d'avis que l'hôpital Montfort constituait un atout précieux pour la communauté minoritaire. Elle a infirmé la décision de la Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario, qui avait proposé la fermeture de cet hôpital francophone, le seul dans cette province. Voici ce que dit notamment la Cour dans sa décision :

¹⁵ *Loi reconnaissant l'égalité des deux communautés linguistiques officielles au Nouveau-Brunswick*, LRN-B 2011, c 198, art 2.



Mémoire à l'honorable Dorothy Shephard, ministre de la Santé, dans le cadre de la consultation publique sur l'avenir des soins de santé dans la province

Montfort a un rôle institutionnel plus large que la prestation des services de soins de santé. En plus de remplir la fonction supplémentaire, de dispenser la formation médicale, le rôle institutionnel plus large de Montfort comprend notamment celui de maintenir la langue française, de transmettre la culture francophone et de favoriser la solidarité au sein de la minorité franco-ontarienne¹⁶.

Bien qu'elle soit fondée sur des faits propres à l'affaire Montfort, cette conclusion revêt une importance particulière pour le Nouveau-Brunswick parce qu'elle tend à confirmer le rôle crucial d'un hôpital comme pôle institutionnel de la minorité linguistique et dans le maintien et l'épanouissement de la minorité linguistique. En effet, les services de soins de santé n'y sont pas uniquement considérés comme des services qu'il suffirait d'offrir au public dans les deux langues officielles; au contraire, ces services y sont considérés comme étant à l'origine d'établissements et d'institutions qui remplissent un rôle essentiel dans la vitalité et l'épanouissement de la minorité linguistique. La reconnaissance d'une telle vocation institutionnelle et linguistique n'est pas sans conséquence dans l'interprétation judiciaire d'un droit de contrôle et de gestion de la minorité en matière de santé.

À la lumière de cette analyse, répétons notre question initiale : le droit accorde-t-il un droit de gestion à la communauté minoritaire du Nouveau-Brunswick sur les établissements de santé? Pour y répondre, il y a tout lieu de revenir sur quelques principes qui sous-tendent notre analyse juridique. Le premier est celui de la règle d'interprétation applicable aux droits linguistiques. Comme le dit la Cour suprême du Canada, les « droits linguistiques doivent dans tous les cas être interprétés en fonction de leur objet, de façon compatible avec le maintien et l'épanouissement des collectivités de langue officielle au Canada »¹⁷. L'interprétation des droits linguistiques doit tenir compte du contexte législatif et social pertinent¹⁸.

Au nombre des facteurs contextuels pertinents pour les besoins de la présente analyse, retenons les points suivants:

- (i) les quelques institutions de la communauté linguistique française qui ont été établies dans le domaine de la santé ont été créées, protégées et développées de peine et de misère par cette communauté;
- (ii) un lien de causalité existe entre, d'une part, le très grand nombre de réalisations et de progrès en matière d'offre de services de santé en français de qualité réellement égale aux services offerts en anglais et, d'autre part, le degré de gestion et de contrôle institutionnel

¹⁶ *Lalonde c Ontario (Commission de restructuration des services de santé)*, 56 OR (3^e) 577, [2001] OJ n° 4767 (QL) (CA), au para 71 [*Lalonde*].

¹⁷ *R c Beaulac*, [1999] 1 RCS 768 au para 25 [*Beaulac*].

¹⁸ *Charlebois c Moncton (Ville)*, 2001 NBCA 117, 242 RNB (2^e) 259 [*Charlebois*].



Mémoire à l'honorable Dorothy Shephard, ministre de la Santé, dans le cadre de la consultation publique sur l'avenir des soins de santé dans la province

exercé par les dirigeants de la communauté linguistique française dans le domaine de la santé ;

- (iii) les experts qui s'intéressent aux communautés de langue officielle sont unanimes pour dire que la protection et le développement de ces communautés dépendent de leur capacité d'exercer un degré de gestion et de contrôle sur un ensemble de secteurs gouvernementaux qui sont en mesure d'influencer leur vie linguistique et culturelle; cette idée a été avalisée par les tribunaux tant dans le domaine de l'éducation¹⁹ que dans celui de la santé²⁰ et est codifiée dans des textes constitutionnels et quasi constitutionnels en vigueur au Nouveau-Brunswick²¹.

Le deuxième principe sous-jacent à la question qui nous intéresse est celui qui établit que les droits linguistiques imposent des obligations positives à l'État. Comme l'a souligné la Cour suprême du Canada: « Cela concorde avec l'idée préconisée en droit international que la liberté de choisir est dénuée de sens en l'absence d'un devoir de l'État de prendre des mesures positives pour mettre en application des garanties linguistiques »²². Ce qui est particulièrement vrai pour le domaine de l'éducation primaire et secondaire : l'article 23 de la *Charte* impose aux gouvernements l'obligation absolue de fournir des établissements et des programmes, de mobiliser des ressources et d'édicter des lois pour l'établissement de structures institutionnelles capitales pour la communauté minoritaire²³. On pourrait dire de même pour le domaine de la formation des professionnels de la santé²⁴. Une autre raison pour laquelle les droits linguistiques imposent des obligations positives à l'État, et notamment au gouvernement du Nouveau-Brunswick, tient au fait que certains droits linguistiques – dont le droit de recevoir certains services dans sa langue officielle et le droit à l'instruction primaire et secondaire dans la langue de la minorité – sont particulièrement vulnérables à l'inaction ou aux atermoiements de l'État. Le risque d'assimilation augmente avec les années si le gouvernement n'agit pas²⁵.

De plus, la Cour suprême du Canada rappelle que l'égalité réelle – et non l'égalité formelle – représente la norme applicable au Canada en matière de droits linguistiques²⁶. Le principe de l'égalité réelle constitue en fait le fil d'Ariane de toutes les garanties linguistiques constitutionnelles que la *Charte* accorde et que nous retrouvons également dans les lois reconnaissant des droits linguistiques.

¹⁹ Voir, par ex., *Mahé c Alberta*, [1990] 1 RCS 342, 68 DLR (4^e) 69 [*Mahé*], et *Arsenault-Cameron c Île-du-Prince-Édouard*, 2000 CSC 1, [2000] 1 RCS 3 [*Arsenault-Cameron*].

²⁰ Voir *Lalonde*, *supra*.

²¹ Voir l'article 16.1 de la *Charte*, *supra*; la *Loi reconnaissant l'égalité des deux communautés*, *supra*.

²² *Beaulac*, *supra* au para 20.

²³ *Mahé*, *supra* à la p 389 ; *Doucet-Boudreau c Nouvelle-Écosse (Ministre de l'Éducation)*, 2003 CSC 62, [2003] 3 RCS 3 au para 28 [*Doucet-Boudreau*].

²⁴ *Lalonde*, *supra*.

²⁵ *Doucet-Boudreau*, *supra* au para 29.

²⁶ *Beaulac*, *ç* au para 22.



Mémoire à l'honorable Dorothy Shephard, ministre de la Santé, dans le cadre de la consultation publique sur l'avenir des soins de santé dans la province

Ce principe est déterminant, car les tribunaux rejettent l'idée selon laquelle le droit à un service dans une langue officielle se réduit à un simple droit à un accommodement dans cette langue²⁷. Par ailleurs, les tribunaux reconnaissent que le droit de recevoir des services de qualité égale renferme plus que le simple droit de recevoir un service identique. Le droit de recevoir un service dans une autre langue officielle comprend celui de recevoir réellement un service de qualité égale, c'est-à-dire un service qui tient compte aussi bien des besoins particuliers de la communauté minoritaire que de ceux de la majorité et qui répond à ces besoins. Ce principe s'applique également dans le domaine de la santé.

Il ne faut pas négliger l'importance d'un autre principe fondamental pour les besoins de notre analyse, à savoir celui de la dualité. Outre la dualité linguistique que crée l'égalité du statut et d'usage du français et de l'anglais, qui renvoie plutôt à l'égalité des langues elles-mêmes, la dualité linguistique, telle qu'elle est comprise au Nouveau-Brunswick, comprend également une dimension collective : elle renvoie à l'égalité des locuteurs et des communautés dont ils font partie. En effet, l'égalité de la communauté linguistique française et de la communauté linguistique anglaise au Nouveau-Brunswick est, comme nous l'avons vu, codifiée expressément à l'article 16.1 de la *Charte* et dans la *Loi reconnaissant l'égalité des deux communautés linguistiques officielles au Nouveau-Brunswick*.

D'ailleurs, le principe de la dualité linguistique ou, pourrions-nous dire, le caractère collectif de ces droits, forme une composante essentielle des droits linguistiques dont les libellés, au premier regard, ne dévoilent souvent qu'une dimension individuelle. Bon nombre de droits s'exercent dans la mesure où les personnes sont membres d'une collectivité ou en raison de l'existence de la collectivité. Pour tout dire, l'un des objets des droits linguistiques est de faire échec à l'assimilation linguistique et culturelle, ne serait-ce qu'en raison du fait que l'assimilation menace non seulement la communauté, mais aussi les droits des individus en faisant partie. Deux moyens ont été privilégiés par les tribunaux pour contrer les pressions assimilatrices : il y a d'abord le développement et le maintien d'un réseau d'institutions que contrôle et qui dessert la communauté de langue officielle, ensuite l'exercice, par les représentants d'une communauté de langue officielle, d'un pouvoir de gestion et de contrôle qui leur permet d'influer réellement sur la protection et l'épanouissement de la communauté.

En effet, nous pouvons affirmer sans risque de nous tromper que la protection et le développement des communautés linguistiques en situation minoritaire sont intimement liés au contrôle et à la gestion qu'elles exercent sur leur réseau institutionnel. Le principe de la dualité justifie, sur les plans sociologique, politique et juridique, non seulement des commissions scolaires de langue française, gérées par et pour la communauté linguistique française de la province, mais aussi une université de langue française ainsi qu'un réseau de collèges communautaires de langue française et des institutions dans le domaine de la santé gérées par et au bénéfice de la communauté linguistique minoritaire.

²⁷ Voir, de façon générale, *Beaulac, ibid.*



Mémoire à l'honorable Dorothy Shephard, ministre de la Santé, dans le cadre de la consultation publique sur l'avenir des soins de santé dans la province

L'article 16.1 est essentiel pour la reconnaissance d'un droit de gestion en santé. Le paragraphe 16.1(1) explique sans détour l'objet du droit constitutionnel à des institutions distinctes. Les institutions distinctes que vise ce paragraphe sont celles qui se révèlent nécessaires à la protection et à la promotion de la communauté linguistique française. Répétons-le : les institutions de santé constituent des institutions nécessaires à la protection et à la promotion de la communauté linguistique française. Selon nous, la nature non exhaustive de ce libellé, tel qu'en fait foi l'emploi de l'adverbe « notamment », peut mener à une interprétation large des institutions qu'englobe la disposition et vise les établissements de santé, puisque leur rôle institutionnel consiste à maintenir l'usage de la langue française, à transmettre la culture francophone et à favoriser la solidarité au sein de la communauté minoritaire²⁸.

Le paragraphe 16.1(2) souligne explicitement le rôle qu'exercent la législature du Nouveau-Brunswick et le gouvernement provincial au regard de la protection et de la promotion des droits que garantit le paragraphe 16.1(1). Il fournit donc un fondement constitutionnel solide pour défendre l'idée selon laquelle la Constitution impose à la province l'obligation positive d'adopter les mesures jugées nécessaires pour assurer la protection et le développement de la communauté linguistique française.

Assurément, l'article 16.1 permet de fonder toute revendication concernant le droit dont la minorité francophone du Nouveau-Brunswick serait titulaire de la gestion des établissements de santé.

Avant de terminer, nous tenons à rappeler le paragraphe 33(2) de la *Loi sur les langues officielles*, lequel découle également du règlement hors cour dont nous avons fait mention plus haut. Cette disposition prévoit que le ministre de la Santé, lorsqu'il établit un plan provincial de la santé en vertu de la *Loi sur les régions régionales de la santé*, veille à ce que les principes sur lesquels prend appui la prestation des services tiennent compte de la prestation des services de santé dans les langues officielles et qu'il considère aussi la langue de fonctionnement habituelle de l'établissement au titre de l'article 34 de la *Loi sur les langues officielles*.

L'objectif de cette disposition est double. Dans un premier temps, elle vise à assurer que la disponibilité des services de santé dans les deux langues officielles soit une considération dans l'élaboration d'un plan de santé provincial. Si un programme de santé prévu dans le plan de santé ne peut être offert que dans un établissement, le ministre, dans la détermination des fonctions de cet établissement, doit tenir compte de sa capacité d'offrir un programme de santé de qualité égale dans les deux langues officielles.

Le deuxième objectif vise le respect de la langue habituelle de travail dans un établissement au titre de l'article 34. Cet article confirme le droit des hôpitaux et des autres types d'établissements de

²⁸ Lalonde, au para 71.



Mémoire à l'honorable Dorothy Shephard, ministre de la Santé, dans le cadre de la consultation publique sur l'avenir des soins de santé dans la province

santé, sous réserve de l'obligation de servir le public dans la langue officielle de son choix, d'employer une seule langue officielle dans leurs activités quotidiennes.

Conclusion et recommandations

Il convient de le répéter : la structure de gestion de la santé au Nouveau-Brunswick a fait l'objet aux cours des années de plusieurs réformes, dont certaines touchent la langue de service et de fonctionnement. Aujourd'hui, la *Loi sur les régies régionales de la santé* prévoit, à l'article 16, l'existence de deux régies régionales de la santé : la régie régionale de la santé Vitalité et la régie régionale de la santé Horizon. Le paragraphe 19(1) dispose que la première fonctionne en français et la seconde en anglais, reconnaissant ainsi une certaine forme de dualité dans la gestion de la santé. Au paragraphe 19(2), le législateur ajoute que, malgré ce que prévoit le paragraphe 19(1), les régies régionales de la santé respectent la langue dans laquelle fonctionnent habituellement les établissements²⁹ qui relèvent d'elles et assurent, par l'entremise du réseau des établissements, des installations et des programmes de santé, la prestation aux membres du public des services de santé dans la langue officielle de leur choix³⁰.

Enfin, nous le répétons, le paragraphe 19(3) prévoit que les deux régies régionales de la santé ont la responsabilité d'améliorer la prestation des services de santé en français. Cette disposition est unique sur le plan législatif néo-brunswickois, car elle est la seule qui s'applique uniquement à l'une des langues officielles. Elle reconnaît expressément que les services de santé en français dans le domaine de la santé sont déficients et qu'un besoin pressant d'amélioration existe afin d'atteindre l'égalité réelle. Toutes réformes de la santé doivent impérativement tenir compte de cette obligation législative particulière.

Nous tenons aussi à répéter l'importance de la ruralité dans tout projet de réforme de la santé. Considérant, comme nous l'avons déjà indiqué, qu'une des caractéristiques de la communauté francophone du Nouveau-Brunswick est que celle-ci se trouve surtout dans des régions rurales, il est important que les institutions de santé qui s'y trouvent soient préservées, afin de permettre à la population d'avoir accès à des services sans avoir à se déplacer sur de grandes distances vers des centres urbains où, parfois, les services dans la langue de la minorité font défaut.

En raison de tout ce qui précède, nous présentons les recommandations suivantes :

- 1. Que les deux régies de santé existantes et leur désignation linguistique soient confirmées, et que la dualité en santé respecte les droits de la communauté linguistique francophone, tels que stipulés par l'article 16.1 de la *Charte des droits et des libertés*.**

²⁹ On fait ici référence à l'article 34 de la *LLO*

³⁰ Le libellé ici est semblable à celui du paragraphe 33(1) de la *LLO*.



Mémoire à l'honorable Dorothy Shephard, ministre de la Santé, dans le cadre de la consultation publique sur l'avenir des soins de santé dans la province

2. **Qu'un plan conçu *par et pour* la communauté acadienne et francophone soit adopté et mis en œuvre dans les meilleurs délais pour améliorer les soins de santé offerts en français par les institutions de santé de la province.**
3. **Que le plan de santé provincial prenne en considération le maintien et le développement des soins de santé offerts dans les régions rurales de la province, de manière à respecter la progression des communautés acadiennes et francophones vers l'égalité réelle.**
4. **Qu'une analyse des soins de santé secondaires spécialisés et tertiaires offerts dans les régions acadiennes et francophones de la province soit faite et que, le cas échéant, un plan de rattrapage soit mis en œuvre dans les plus brefs délais pour assurer un service de qualité égale dans ces régions.**
5. **Que la province s'assure que les Acadiens, Acadiennes et francophones aient accès à des services de santé et ambulanciers publics de qualité égale en français partout dans la province en procédant, entre autres, au rapatriement du programme Extra-mural et d'Ambulance NB.**