

## **LA SANTÉ EN FRANÇAIS AU NOUVEAU-BRUNSWICK**

### Vivre en santé en français

Au cours des dernières années, l'accès à des services de santé de qualité est devenu une préoccupation majeure de la population. Conséquemment, la santé et le mieux-être occupent une place considérable dans l'opinion publique. Nos gouvernements tentent, tant bien que mal, de répondre à ces attentes en effectuant des changements majeurs dans la façon de dispenser les soins de santé, tout en essayant de limiter la montée vertigineuse des coûts dans ce secteur. Les citoyens et citoyennes veulent participer davantage aux choix qui se font.

Au Nouveau-Brunswick, la santé fait la manchette presque chaque jour. Le gouvernement provincial est aux prises avec l'application d'un nouveau Plan de santé dont les débuts ont semblé être la diminution du nombre de lits dans les hôpitaux et la fermeture de certains petits hôpitaux. Également visibles dans le Plan de santé sont les Centres de santé communautaires en développement, dont un nombre qui viendraient remplacer certains petits hôpitaux désormais fermés ou qui subissent des transformations. Enfin, un certain nombre de services de santé, y compris les services de prévention, sont maintenant dévolus aux régies régionales, des entités jeunes et notamment sans grande autorité.

Les francophones revendiquent la prise en charge de leurs soins de santé et de leur mieux-être, car peu de mesures de la part du gouvernement provincial vont dans ce sens.

### **MOMENT STRATÉGIQUE**

La Société des Acadiens et Acadiennes du Nouveau-Brunswick (dorénavant appelée la SAANB) a récemment noté de la part du premier ministre, du ministre de la Santé, ainsi que d'un certain nombre de fonctionnaires, une ouverture à la question de la dualité en santé, ou tout au moins d'une forme de regroupement qui serait propre aux francophones. Dans cette optique, la SAANB s'est donné comme objectif de bien se préparer en faisant appel à son comité spécial qui poursuivra la discussion.

### **HISTORIQUE DES INTERVENTIONS DE LA SAANB**

Depuis le début des années 1980, la SAANB se préoccupe de l'absence de services de soins de santé pour les francophones. Avant la fin de la décennie 1980-1989, elle avait produit une recherche d'envergure, travaillait fort à l'établissement de réformes en santé et maintenait des pourparlers avec le gouvernement d'alors, afin que soient améliorés les services en français pour la population francophone.

Il a fallu attendre jusqu'en 1998 avant que la SAANB ne se donne comme priorité le dossier santé (Assemblée annuelle de 1998). Les années qui ont suivi de 1999 à 2003 ont donné lieu à des forums de consultation et de concertation, et à la publication des résultats d'une recherche sur la santé des francophones et sur les soins de santé à leur intention. Durant cette période, la SAANB a

également participé au soutien d'une importante démarche nationale portant sur l'accès aux soins de santé en français pour les minorités francophones du pays.

Enfin, la SAANB a fortement insisté pour que soit modifiée la *Loi sur les langues officielles*, particulièrement les articles 33 et 34. Elle a également insisté, mais en vain cette fois, pour que soit modifiée la *Loi sur les régions régionales de la santé*.

## **LA CONJONCTURE ACTUELLE**

La conjoncture est aujourd'hui plus favorable que jamais. Pour la première fois au Nouveau-Brunswick, les francophones ont des outils, notamment la Société santé et mieux-être en français et le Centre de formation médicale du Nouveau-Brunswick, situé à l'Université de Moncton. Ce Centre assure la formation en français d'un nombre grandissant de professionnels de la santé. L'entente Acadie/Sherbrooke en matière de formation médicale se poursuit. De plus, grâce à l'engagement du secteur de l'éducation dans ce domaine, diverses initiatives ont favorisé dans différentes régions de la province la mise sur pied de formations en français, tant au niveau universitaire que collégial, et le gouvernement manifeste une certaine ouverture face aux revendications des francophones.

Les nouvelles régions de la santé, malgré leur pouvoir limité, gèrent et planifient le développement de plans régionaux de santé. Le gouvernement leur a confié la nouvelle responsabilité de la santé publique, mais leur manque d'expérience les pousse à chercher à définir leur vision en ce sens.

Les obligations linguistiques et culturelles des nouvelles régions sont une variable de la conjoncture qui demande une attention rapide. En effet, les régions ne sont pas toujours en mesure de faire les analyses qui s'imposent au moment d'élaborer leurs politiques linguistiques et culturelles, et celles des établissements dont elles ont la responsabilité. Les régions n'ont pas toujours les outils pour bien se positionner face aux obligations d'assurer à la fois la promotion de la minorité francophone et le respect de la majorité anglophone. Ces nouvelles variables de la conjoncture les entraînent facilement dans le giron du bilinguisme où se poursuit l'assimilation. Les régions ont besoin à la fois d'être interpellées et assistées dans le développement d'outils susceptibles de contrer l'assimilation et de renforcer la vitalité de la minorité. Devant ce défi, la SAANB peut jouer un rôle de leader. C'est ce rôle qu'elle a assumé en préparant le projet qui fait l'objet du présent document.

La conjoncture témoigne également d'inégalités dans les rapports entre les médecins, entre les régions et parfois, de rapports fragmentés à l'intérieur d'une même région. Cependant, les rapports semblent s'améliorer significativement depuis un certain temps, et l'on espère que le Centre de formation médicale contribuera à une meilleure collaboration.

Enfin dans la conjoncture, il faut tenir compte du fait que la concurrence existe toujours entre les régions (particulièrement entre Beauséjour et Acadie-Bathurst) et entre les sous-régions d'une région (p. ex. la Péninsule acadienne). Il faut également se rappeler que souvent, les gens d'Edmundston, par exemple, préfèrent se prévaloir de services spécialisés au Québec plutôt que dans le sud de la province.

## LES PROBLÈMES IMMÉDIATS À RÉSOUDRE

Il faut développer des soins de santé en français **pour les populations vivant dans les régions dont la régie de santé est anglophone seulement.**

Il faut **développer les services de santé publique** avec toutes leurs composantes. Ce besoin est grand et, par le passé, les régions n'ont pas participé directement avec le ministère à la planification et à la prestation de programmes de prévention. Le problème s'explique d'abord du fait qu'il existe peu de programmes de prévention primaire, et ensuite, que les régies doivent intégrer cette fonction dans leurs activités. De plus, dans la mesure du possible, l'accès aux services devrait tenir compte de la distance entre le domicile du patient et les services offerts.

Il faut **intégrer la variable des déplacements** dans les coûts relatifs aux services qui sont offerts seulement dans une autre région. La nature rurale des régions du Nouveau-Brunswick fait en sorte que les services de santé sont généralement difficiles d'accès. Les francophones des régions qui doivent se déplacer vers une autre région pour obtenir un service inexistant, ou n'est offert qu'en anglais dans la leur, devraient bénéficier de remboursements de dépenses par le truchement d'un crédit d'impôt par exemple.

Il faut **créer les conditions pour assurer dans toutes les régies un certain nombre de soins secondaires**, lesquels sont inexistants ou incomplets à l'heure actuelle.

Il faut **développer des normes linguistiques** et assister les régies et les établissements hospitaliers en particulier, dans la définition de leur rôle en tant qu'institutions qui contribuent à la culture. Il faut surtout veiller à ce qu'elles évitent d'adopter une vision et des pratiques qui contribuent à l'assimilation. Dans les faits, chaque établissement hospitalier fonctionne dans une langue première, mais dans certains cas, on utilise plus ou moins la langue seconde. Pour les régies, cette situation devient parfois complexe d'autant plus qu'il leur est déjà difficile de définir ce qu'est une «institution bilingue». À plus forte raison, elles ont besoin d'assistance afin de pouvoir cerner, dans le système des soins de santé, les éléments qui contribuent à la vitalité de la minorité francophone, ceux qui contribuent à son assimilation, et ceux qui soutiennent la vitalité francophone tout «en assurant une **capacité** bilingue». Les francophones n'ont pas toujours été en mesure de profiter des quelques situations où ils sont majoritaires pour revitaliser leur collectivité, et le système de soins de santé est un exemple probant de situation de faiblesse.

Il faut également corriger les **problèmes de référence entre les médecins**: il arrive parfois que des patients sont référés à des spécialistes de langue anglaise seulement, alors qu'il en existe qui parlent français.

Enfin, comme nous l'ont indiqué des intervenants du secteur de la santé, il faut **assurer et augmenter la formation de professionnels francophones** dans à peu près tous les domaines des services de santé où il manque de personnel francophone. Cette formation doit se faire en français et non dans une perspective uniquement bilingue, et servir à renforcer la capacité des institutions d'enseignement francophones du Nouveau-Brunswick. La restructuration du système doit à cet égard prévoir des mesures spécifiques qui auront préséance sur les services à améliorer; sinon, elle ne produira pas les résultats escomptés faute de personnel qualifié tant au plan professionnel que linguistique.

## **AVANTAGES D'UNE STRUCTURE FRANCOPHONE AU SEIN DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ DU NOUVEAU-BRUNSWICK ET DE SA PRISE EN CHARGE PAR LA COLLECTIVITÉ FRANCOPHONE**

**Avantages sociétaux:** La question qui préoccupe la SAANB est la vitalité de la communauté francophone, une communauté qui grandit et se développe en prenant ses affaires en main; qui possède et gère ses propres institutions liées étroitement à sa culture et à sa langue; qui travaille selon une vision qui lui est propre, et qui est enracinée dans sa culture et ses valeurs. Cette vitalité est un levier d'intervention pour contrer l'assimilation. À l'échelle nationale, la décision concernant l'Hôpital Montfort a fait état de ces avantages.

### **Avantages de l'accès à des soins en français :**

- Incite la population à se prévaloir de soins de santé offerts en français;
- Maximise l'apport des experts francophones et les met en évidence dans un réseau de langue française;
- La composition démographique d'une structure provinciale francophone met en valeur l'existence d'un bassin important de francophones dans le nord et aide à corriger la perception que la masse critique francophone se trouve dans le Sud. À elle seule, cette donnée permet :
  - d'encourager l'établissement de spécialistes francophones dans le Nord, et
  - de diminuer les déplacements de patients du nord vers le sud.
- Accélère l'accès aux spécialistes francophones pour tous les francophones de la province;
- Facilite l'intégration des intervenants à des équipes de langue française.

### **Avantages généraux pour l'ensemble des francophones**

- Facilite le recrutement de spécialistes pour qui le bassin de population est un facteur important, et permet de parler d'un bassin francophone;
- Facilite la répartition des médecins, y compris les spécialistes, dans les différentes régions du réseau;
- Encourage l'organisation des soins de santé pré-hospitaliers et de longue durée pour les francophones. Par voie de conséquence, diminue les listes d'attente et les interventions de «crise» qui monopolisent souvent les voies d'accès aux soins. On entend par soins pré-hospitaliers :
  - les soins aux diabétiques, asthmatiques, cardiaques instables, aux personnes souffrant d'insuffisance rénale, d'hypertension, de toxicomanie, d'alcoolisme, aux personnes âgées et malades, aux personnes atteintes de maladies mentales, aux femmes enceintes souffrant de problèmes profonds, aux enfants ayant des troubles de comportement, etc.
- Facilite la coordination d'activités conjointes entre les composantes francophones de deux ministères : Santé et Éducation (pour l'information et la prévention);
- Encourage et facilite l'établissement de partenariats avec d'autres collectivités francophones;
- Diminue le double emploi.

## **PRÉJUGÉS À COMBATTRE**

- Crainte de la part des francophones de Saint-Jean, Fredericton et Miramichi de ne pas être bien représentés et servis par le Conseil provincial de la santé;
- Réaction des représentants d'hôpitaux anglophones à l'idée d'un pouvoir nouveau chez les francophones;
- Résistance au changement exacerbée par la création du Conseil provincial de la santé dans un contexte où existent toujours des guerres de clochers;
- Pressions sur le budget et sur la répartition des ressources entre francophones et anglophones.

## **LE PROJET DE PRISE EN CHARGE**

### **1. La vision**

Les francophones du Nouveau-Brunswick ont la maîtrise de leur santé et des services de santé et de mieux-être qui leur sont prodigués.

### **2. La mission**

La structure mise en place a pour mission de contribuer à la vitalité de la collectivité francophone en assurant que la santé de la population et les services de santé et de mieux-être qui lui sont prodigués tiennent compte de sa culture, de ses habitudes de vie et de ses valeurs.

### **3. Les principes**

1. La prise en charge des francophones de leur santé et leur mieux-être s'inscrit dans une **démarche de prise en charge** de la collectivité et permet de contrer l'assimilation.
2. **L'égalité des deux communautés linguistiques** au Nouveau-Brunswick doit se refléter dans les services de santé et de mieux-être.
3. Chaque francophone du Nouveau-Brunswick (et anglophone – voir article 33 de la *Loi sur les langues officielles du N.-B.*) doit recevoir les services de santé et de mieux-être **dans la langue de son choix**.
4. L'**équité** entre francophones et anglophones est une notion qui doit être prise en compte dans la **création** de services, dans l'**accès et la proximité** aux services de santé ainsi que dans l'**amélioration** des services de santé et du mieux-être au Nouveau-Brunswick.
5. L'information (statistiques, données, etc.) concernant la santé de la population, les services offerts, les soins dispensés, les performances, etc., doit être **colligée, analysée et interprétée en fonction de la langue et de la collectivité linguistique**.
6. Évaluation tous les trois ans de la prestation des services dans la langue de choix du client par le Conseil francophone de la santé.

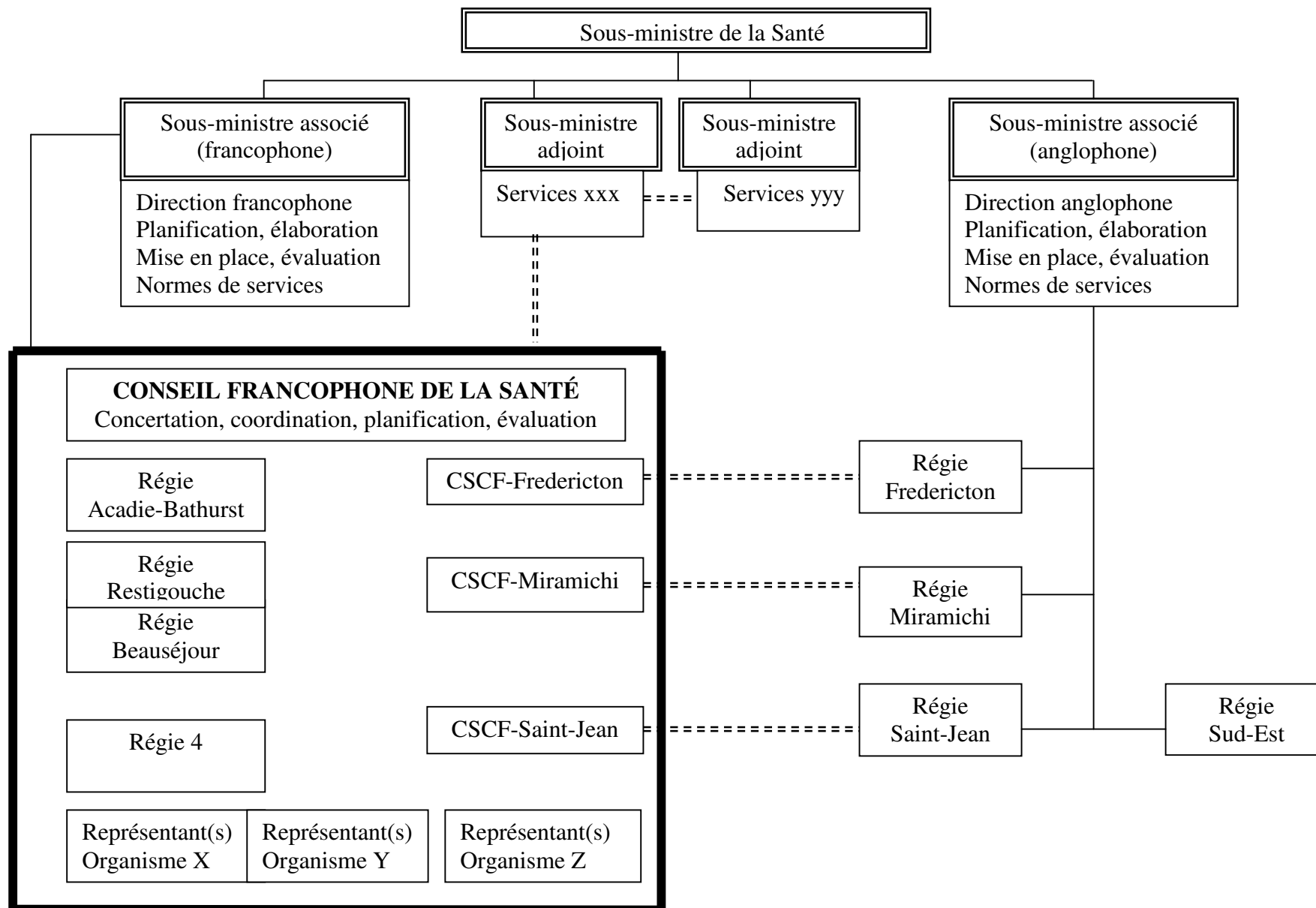
#### 4. La structure

La vitalité de la communauté francophone en santé est renforcée par une prise en charge collective qui s'exerce dans le cadre d'une **concertation et d'une gestion francophones unifiées**. Les francophones déterminent leurs besoins, leurs priorités, l'orientation des actions/services dans le domaine de la santé. Pour ce faire, ils planifient, élaborent et gèrent leurs services de santé et de mieux-être et en assurent la prestation et l'évaluation. Ils ont un droit de regard sur toutes les décisions/actions gouvernementales qui touchent le domaine de la santé et qui pourraient compromettre leurs responsabilités dans ce domaine (p. ex. le plan gouvernemental de lutte contre le cancer).

- a) Un **espace réservé aux francophones** existe au plus haut niveau de l'administration publique. Cet espace est concrétisé par la création d'un poste de **sous-ministre associé au ministère de la Santé pour les francophones et par la mise en place du Conseil francophone de la santé**.
- b) Le sous-ministre **associé du ministère** de la Santé est responsable de la planification et de l'évaluation des services de santé et du mieux-être, et de la répartition des ressources destinées aux francophones. Il veille à l'élaboration et à la mise en œuvre de services en collaboration avec le **Conseil francophone de la santé**.
- c) Le **Conseil francophone de la santé** est composé de deux représentants des régions francophones existantes (ou des régions situées dans des régions à majorité francophone), d'un représentant des centres de santé francophones relevant des régions anglophones de Saint-Jean, Fredericton et Miramichi, et de personnes clefs de la collectivité francophone représentant les intérêts généraux de la population, des collectivités, et des réseaux complémentaires comme ceux en éducation. Le concept définissant la concertation est large, englobe et dépasse le concept des soins primaires. Enfin, ce concept dépasse celui d'un réseau, car il reflète la **prise en charge**.
- d) Les collectivités francophones de **Saint-Jean, Fredericton et Miramichi** sont dotées de **centres de santé communautaires francophones (CSCF)**. C'est cet élément de la structure qui leur permet de fonctionner en lien étroit avec la structure provinciale francophone en santé.
- e) Le **Plan provincial de la santé**, volet francophone, découle d'un exercice de participation des régions, des autorités locales et de la population.
- f) Les membres des conseils d'administration des régions sont tous **élus**.
- g) Les directeurs des régions **répondent** directement à **leur conseil d'administration**.

**Cette réorganisation du ministère de la Santé doit être reconnue par une loi.**

a) Organigramme schématique



#### h) Organigramme descriptif

Les **lignes solides** indiquent les **supérieurs hiérarchiques**. Les lignes **pointillées** indiquent des **liens de collaboration**. Les supérieurs immédiats sont les gestionnaires au quotidien. Les unités reliées par des lignes pointillées communiquent sur une base régulière et sont partie prenante des décisions prises dans le cadre de ces communications.

Les fonctions principales des **sous-ministres adjoints** comprennent les responsabilités actuelles, probablement réaménagées entre eux ou entre eux et les sous-ministres **associés**. Ces services comprennent le personnel et les négociations, les systèmes matériels et d'informatique, l'assurance-maladie et les services financiers du ministère, etc.

Les **centres de santé communautaire francophones de Saint-Jean, Fredericton et Miramichi** (CSCF) font partie intégrante de la structure de services francophones et reçoivent un **budget «protégé»** selon une terminologie déjà utilisée par le gouvernement pour différents cas jugés spéciaux. Plusieurs centres de santé communautaires (CSC) sont appelés à voir le jour un peu partout au Nouveau-Brunswick, mais l'organigramme prévoit des modalités particulières de structure et de fonctionnement pour les centres francophones situés sur un territoire desservi par une régie anglophone, et les désigne par l'acronyme CSCF pour les distinguer des autres CSC situés ailleurs dans la province.

Le **Conseil francophone de la santé (CFS)** agit comme groupe de coordination qui appuie directement le sous-ministre associé francophone. Il est composé des représentants des régies francophones existantes (ou des régies situées dans des régions à majorité francophone) et des CSCF. Il est élargi et enrichi par une variété de contributions provenant des partenaires des collectivités, du monde de l'éducation, des services familiaux, des organisations bénévoles, etc., pour atteindre un total d'une vingtaine de membres. Le CFS veille à ce que le Plan de santé provincial serve bien les francophones, que les plans des régies francophones poursuivent les objectifs du Plan provincial, et que les activités des régies soient coordonnées entre elles. Il s'assure que les priorités pour les francophones à l'échelle provinciale sont pertinentes et vérifiées par des procédures de consultation, et que les ressources allouées tiennent compte des priorités.

Dans l'organigramme proposé, c'est le **concept de concertation globale et à long terme qui est privilégié**, c'est-à-dire la concertation sur toutes les autres questions au-delà des services de santé primaires et de l'accès aux soins.

## 5. Les services

Les services de santé et mieux-être compris dans la structure propre aux francophones comprennent :

- Les services hospitaliers (primaires partout, secondaires par région et tertiaires là où le contexte social, économique et pratique le justifie);
- La santé mentale;
- La santé publique, dont les services à la petite enfance, la prévention chez les groupes à risque, la prévention primaire, la santé sexuelle, la santé au travail, etc.;
- L'information et les programmes de promotion de saines habitudes de vie;
- Les soins de longue durée.

## 6. Les ressources

**Les fonds et les ressources matérielles destinées aux francophones et anglophones sont divisés en deux parts équitables.** Cela permettrait de mettre en œuvre, pour les francophones, des services (secondaires ou tertiaires) inexistants.

## **DES NORMES ACCEPTABLES POUR LES FRANCOPHONES**

On ne peut garantir la vitalité des institutions de santé francophones sans effort. Même si le gouvernement endossait de façon plus officielle la dualité en santé, cela ne corrigerait pas nécessairement tous les problèmes d'accès aux services en français et de vie francophone à l'intérieur des institutions. En effet, certaines institutions francophones devront continuer à maintenir une forte capacité bilingue. C'est justement cette capacité des institutions de soins de santé d'offrir des services dans les deux langues qui incite à des mises en garde contre l'assimilation...

Afin de prévenir l'assimilation des francophones par les institutions de santé, la SAANB propose la mise en œuvre de normes de fonctionnement et de politiques institutionnelles visant à assurer la vitalité francophone dans les milieux où la minorité est le plus menacée par l'anglicisation.

### **Norme générale**

La norme linguistique en matière de services de santé dans la province commence à l'article 33 de la *Loi sur les langues officielles*:

- La clientèle est servie dans la langue de son choix;
- Le ministre a l'obligation de tenir compte de la langue dans l'établissement du Plan provincial de soins de santé.

### **Normes pour les conseils d'administration des régies francophones**

- a) Les régions à majorité francophone (70 % de francophones - norme adoptée dans le Rapport Poirier-Bastarache) sont des régions **francophones**. Cette norme s'applique :
  - à la région Sud-Est comprise actuellement dans la Régie Beauséjour (les anglophones de la région ont leur propre régie);
  - à la région Acadie-Bathurst qui compte 84 % de francophones;
  - à la région quatre (4) qui compte 92 % de francophones.
- b) La région Restigouche, majoritairement francophone (plus de 55 %), est une **région francophone avec capacité bilingue** et fonctionne dans le cadre du Conseil francophone de la santé.
- c) Dans les régions anglophones de Saint-Jean, Fredericton et Miramichi, il existe une gestion francophone du ou des centres de santé communautaire francophones(CSCF).
- d) Les conseils d'administration de régie des régions francophones fonctionnent en français et offrent un service d'interprétation d'appoint aux membres unilingues anglophones, selon le besoin.
- e) Le conseil de régie francophone avec capacité bilingue offre un service d'interprétation à la minorité unilingue anglophone. Afin de contribuer à la vitalité de la collectivité francophone, les activités du conseil se déroulent en français avec le service d'interprétation pour les unilingues anglophones.

### **Normes pour les institutions des régies francophones**

- a) Les institutions qui relèvent des régies francophones sont francophones. Elles servent la clientèle anglophone (s'il y a lieu) dans la langue de son choix.
- b) Les institutions des régies francophones ayant du personnel unilingue anglophone se dotent d'une politique linguistique qui :
  - affiche le français comme langue de l'institution;
  - affiche les modalités qui assurent que les francophones de la région reçoivent le service en français lorsqu'un employé unilingue anglophone de l'institution fait partie de l'offre de service;
  - affiche également les modalités de soutien aux employés unilingues anglophones (par exemple en offrant une traduction ou une interprétation quelconque en anglais aux employés anglophones qui en ont besoin);
  - est proactive auprès de tous leurs employés afin de les sensibiliser à l'importance d'informer la personne traitée qu'elle a le droit de recevoir le service dans sa langue;
  - affiche là où se plaindre en cas de violation de la politique.

- c) S'il arrive que du personnel unilingue francophone fasse partie d'une institution francophone, les alinéas du paragraphe b) ci-dessus s'appliquent en ne tenant pas compte des éléments différents pour assurer que la personne traitée reçoive le service dans la langue de son choix.
- d) L'Hôpital régional de Campbellton, institution francophone avec capacité bilingue, se dote d'une politique linguistique qui :
- affiche les modalités utilisées pour assurer que les francophones de la région reçoivent le service en français lorsqu'un employé unilingue anglophone de l'institution fait partie de l'offre de service;
  - affiche les modalités utilisées pour assurer que les employés francophones travaillent en français à tous les paliers de fonctionnement et au niveau de la documentation écrite;
  - est proactive auprès de tous leurs employés afin de les sensibiliser à l'importance d'informer la personne traitée qu'elle a le droit de recevoir le service dans sa langue;
  - affiche là où se plaindre en cas de violation de la politique.

### **Normes pour les régies anglophones qui offrent des services généraux aux francophones**

Dans les régies francophones, les capacités bilingues habituelles suffisent à satisfaire aux obligations de la loi, soit celles de servir la clientèle dans la langue de son choix, c'est-à-dire la capacité de servir en anglais, au besoin. Tel n'est pas le cas dans les institutions relevant des régies anglophones. Les efforts des régies anglophones, perceptibles à certains endroits, n'arrivent pas à assurer leurs obligations en ce qui concerne la *Loi sur les langues officielles*. Les francophones peuvent toutefois les appuyer en leur fournissant les outils qui, selon les francophones, sont susceptibles d'élever leurs efforts actuels jusqu'au niveau exigé par la *Loi*. Pour cette raison, la SAANB propose les normes suivantes pour doter les régies anglophones de services que l'on pourrait qualifier de l'expression «avec capacité bilingue».

- a) Que les institutions anglophones des régies de Saint-Jean, Fredericton et Miramichi se dotent d'une politique linguistique qui :
- affiche les modalités utilisées pour assurer que les francophones de la région reçoivent un service en français aux urgences et aux points d'accueil, avec épinglette pour le personnel bilingue;
  - affiche les modalités utilisées pour assurer un service d'appui (traduction/interprétation), de niveau médical ou infirmier, lorsqu'un francophone veut du service en français;
  - est proactive auprès de tous les employés afin de les sensibiliser à l'importance d'informer la personne traitée qu'elle a le droit de recevoir le service dans sa langue;
  - explique là où se plaindre en cas de violation de la politique.

- b) Que la Régie du Sud-Est se dote d'une politique linguistique qui :
- tient compte des services que la Régie est appelée à offrir aux francophones, étant donné qu'ils ne sont pas offerts par la Régie Beauséjour;
  - affiche les modalités utilisées pour assurer que les francophones qui reçoivent ce service de l'institution soient accueillis en français (avec épinglette pour le personnel bilingue);
  - affiche qu'un service d'interprétation, de niveau médical ou infirmier, est disponible;
  - est proactive auprès de tous les employés afin de les sensibiliser à l'importance d'informer la personne traitée qu'elle a le droit de recevoir le service dans sa langue;
  - explique où se plaindre en cas de violation de la politique.

### **Normes pour l'offre de services spécialisés ou uniques**

- a) Dans les cas de la **pédiatrie**, des soins de **psychothérapie** et d'**orthophonie**, le service en **français** pour les francophones doit être **de rigueur partout** (par exemple ces services sont disponibles en français pour les francophones de Saint-Jean, Fredericton et Miramichi également).
- b) Dans le cas des **services ambulanciers**, le service en **français** doit être **de rigueur partout**.
- c) Dans le cas de **services provinciaux uniques** (cardiologie), le service en **français** pour les francophones est **de rigueur** et est **assuré par une politique linguistique** de l'institution qui :
- assure que les bureaux d'accueil affichent leur capacité bilingue obligatoire (avec épinglette pour le personnel bilingue);
  - assure que le recrutement des spécialistes parmi les francophones est maximisé;
  - exige le bilinguisme dans la description des postes de spécialistes. Dans le cas des infirmières et infirmiers, le bilinguisme est de rigueur dans les services uniques, et le recrutement le permet;
  - prévoit, lorsqu'un service unique ne peut pas offrir un spécialiste francophone, que les soins infirmiers assurent un service d'appui/relève/interprétation en français 24 heures par jour, sept jours par semaine;
  - prévoit que les modalités mises en place en tant que service d'interprétation en français 24 heures par jour, sept jours par semaine sont de qualité suffisante pour transiger dans les deux langues au niveau médical (par exemple, des infirmières et infirmiers, une autre personne du corps médical, etc.);
  - est proactive auprès de tous leurs employés afin de les sensibiliser à l'importance d'informer la personne traitée qu'elle a le droit de recevoir le service dans sa langue;
  - assure que les francophones prennent connaissance de ces modalités dès le premier contact avec le service;
  - explique où se plaindre en cas de violation de la politique.

### **Norme pour l'offre de services secondaires**

Les services secondaires sont dispensés dans toutes les régions, francophones et anglophones. Toutefois, les contraintes démographiques et leurs conséquences sur le recrutement de spécialistes ne sont que quelques variables qui font en sorte que certaines régions ont moins de services secondaires que d'autres. C'est le cas des trois régions francophones du Nord qui servent une population plus rurale. Pour que la norme entre les régions (urbaines ou rurales; Sud ou Nord, francophones ou anglophones, etc.) soit au minimum équitable, les services secondaires existants actuellement dans les régions francophones doivent être maintenus. La norme exige que l'on déploie des efforts soutenus pour les développer dans les régions où ils sont absents ou partiellement développés. L'Annexe A présente la liste des services secondaires existant dans les différentes régions francophones.

### **Normes pour les francophones de Saint-Jean, Fredericton et Miramichi**

Les collectivités francophones des régions de Saint-Jean, Fredericton et Miramichi bénéficient chacune d'un centre de santé communautaire francophone (CSCF). Dans la mesure du possible, certains services secondaires y sont dispensés.

### **Normes pour références entre médecins**

- a) Les régions francophones maintiennent à jour la liste des médecins de la région en indiquant si leurs services sont offerts en français ou dans les deux langues. Cette pratique est maintenue tant et aussi longtemps que la liste provinciale des médecins, par l'entremise de l'Association ou de l'assurance-maladie (ministère), ne contient pas cette information.
- b) Le Conseil francophone de la santé assure la distribution de ces listes et demande une mise à jour aux six mois.
- c) Le Conseil francophone de la santé demande expressément aux médecins des régions francophones d'utiliser la liste des médecins francophones ou bilingues au moment de référer une personne à un collègue ou à un autre spécialiste.

### **Autres normes**

Le mandat du «responsable des droits des patients» (ou l'Ombudsman, s'il en a la responsabilité) doit prendre en compte la notion de l'accès à des services de santé en français ainsi que la notion des normes de service (p. ex., listes d'attente).

Tous les employés actuellement en poste doivent avoir accès à des cours de formation en langue française ou en langue anglaise, ce qui leur permet de se conformer aux exigences linguistiques des établissements dans lesquels ils travaillent.

## UN PROJET QUI CONCRÉTISE L'ESPRIT DES LOIS

Les francophones ont joué un rôle important dans le développement du concept d'un Nouveau-Brunswick comme seule province bilingue du pays. L'adoption de la *Loi* qui établit ce statut dans la Constitution canadienne est en grande partie due à l'effort des francophones. Nombreuses ont été les réalisations du Nouveau-Brunswick tout entier par suite des contributions politiques, économiques et culturelles des francophones de la province.

Parmi les réalisations de la province dans le domaine linguistique, on trouve la protection juridique du principe de l'égalité des deux communautés linguistiques de la province. On trouve la dualité au ministère de l'Éducation, et également, les articles 33 et 34 de la *Loi sur les langues officielles* qui confèrent aux individus des deux groupes linguistiques le droit d'être servis dans leur langue.

Les principes protégés par la *Loi* ne sont pas toujours appliqués sans failles, et le secteur de la santé en est un exemple éloquent. Or, pour corriger les failles, les initiatives concrètes se font rares. D'aucuns, y compris plusieurs politiciens, croient toujours que l'application des principes de la dualité en santé pourrait signifier des coûts inabornables ou une grande déstabilisation de la structure du système provincial. Pour d'autres, et c'est ce que démontre ce document, l'application des principes juridiques au secteur de la santé n'est pas plus compliquée que son application dans d'autres secteurs. Au fait, plusieurs des éléments structurels nécessaires à la mise en place d'une prise en charge de la santé et des services de santé et du mieux-être par les francophones existent déjà. Pour actualiser et les rendre efficaces ces éléments structurels, il suffit d'un léger effort additionnel. Pour en avoir la motivation, il suffit d'appliquer les droits linguistiques et de reconnaître que la santé fait appel à de nombreux déterminants, dont la langue et la culture de la personne. La SAANB estime que les coûts et la réorganisation administrative du système seraient plutôt minimes.

**Le temps d'agir et de réaliser d'autres progrès en matière linguistique au Nouveau-Brunswick est arrivé. Le gouvernement en aura-t-il le courage?**

## ANNEXE A

Le plan provincial de santé fait état des services secondaires suivants dans les différentes régions francophones. (Données pour l'année 1999-2000, extraites de *Clinical Program Design Group: Phase II A Report* – mars 2002).

Services	Beauséjour	Quatre Restigouche	Acadie-Bathurst
<u>Soins des patients hospitalisés</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>
<u>Chirurgie de jour</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>
<b><u>Services de soins ambulatoires englobant</u></b>			
<u>Médecine familiale</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>
<u>Chirurgie générale</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>
<u>Orthopédie</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>
<u>Urologie</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>
<u>Chirurgie vasculaire</u>	<u>X</u>		
<u>Chirurgie thoracique</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>
<u>Chirurgie plastique</u>	<u>X</u>		<u>X</u>
<u>Oto-rhino-laryngologie</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>
<u>Médecine interne</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>
<u>Obstétrique et gynécologie</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>
<u>Pédiatrie</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>
<u>Ophtalmologie</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>
<u>Soins d'urgence</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>
<u>Néphrologie</u>	<u>X</u>		
<u>Dialyse</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>
<u>Oncologie médicale et radiothérapie</u>	<u>X</u>		
<u>Psychiatrie</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>
<u>Psychiatrie tertiaire</u>		<u>X</u>	
<u>La RRS assure également des services de laboratoire, de prélèvement et d'imagerie diagnostique.</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>

**À noter :** La région Acadie-Bathurst dispose maintenant de services de néphrologie.

Le Plan provincial de santé fait état des services secondaires suivants dans les différentes régions francophones (Données pour l'année 1999-2000, extraites de *Clinical Program Design Group:Phase II A Report* – mars 2002).

### Beauséjour

La région Beauséjour offre les services suivants : les soins aux patients hospitalisés, la chirurgie de jour et les services de soins ambulatoires englobant la médecine familiale, la chirurgie générale, l'orthopédie, l'urologie, la chirurgie vasculaire et thoracique, la chirurgie plastique, l'oto-rhino-laryngologie, la médecine interne, l'obstétrique et la gynécologie, la pédiatrie, l'ophtalmologie, les soins d'urgence, la néphrologie et la dialyse, l'oncologie médicale et la radiothérapie, et la psychiatrie. La RRS assure également des services de laboratoire, de prélèvement et d'imagerie diagnostique.

### Régie 4

La Régie 4 offre les services suivants : les soins aux patients hospitalisés, la chirurgie de jour et les services de soins ambulatoires englobant la médecine familiale, la chirurgie générale, l'orthopédie, l'urologie, la chirurgie thoracique, l'oto-rhino-laryngologie, la médecine interne, l'obstétrique et la gynécologie, la pédiatrie, l'ophtalmologie, les soins d'urgence, la dialyse et la psychiatrie. La RRS offre également des services de laboratoire, de prélèvement et d'imagerie diagnostique.

### Régie Restigouche

La région Restigouche offre les services suivants : les soins aux patients hospitalisés, la chirurgie de jour et les services de soins ambulatoires englobant la médecine familiale, la chirurgie générale, l'orthopédie, l'urologie, l'oto-rhino-laryngologie, la médecine interne, l'obstétrique et la gynécologie, la pédiatrie, l'ophtalmologie, les soins d'urgence la psychiatrie et la psychiatrie tertiaire. La RRS offre également des services de laboratoire, de prélèvement et d'imagerie diagnostique.

### Régie Acadie-Bathurst

La Régie Acadie-Bathurst offre les services suivants : les soins aux patients hospitalisés, la chirurgie de jour et les services de soins ambulatoires englobant la médecine familiale, la chirurgie générale, l'orthopédie, l'urologie, la chirurgie thoracique, la chirurgie plastique, l'oto-rhino-laryngologie, la médecine interne, l'obstétrique et la gynécologie, la pédiatrie, l'ophtalmologie, les soins d'urgence, la dialyse et la psychiatrie. La RRS offre également des services de laboratoire, de prélèvement et d'imagerie diagnostique.

**À noter** : La région Acadie-Bathurst dispose maintenant des services de néphrologie

## **REMERCIEMENTS**

La présidente de la Société des Acadiens et Acadiennes du Nouveau-Brunswick, Marie-Pierre Simard, désire remercier toutes les personnes qui ont contribué à la rédaction de ce document, plus particulièrement les membres du comité de travail : Léandre Desjardins, Richard Garceau, Lorraine Paulin, Léo Picard, Noreen Richard, Gilbert St-Onge et Robert Thibault.

### **Appui technique :**

Daniel Thériault, directeur général SAANB  
Béatrice Valay, chargée de projet SAANB