

Inventaires des services de santé en français dans l'Ouest canadien : entre improvisation et gouvernance : 2000-2010

Review of Healthcare Services in French in Western Canada: Challenges Between Arrangements and Governance, 2000-2010

Frédéric Boily and Learry Gagné

Volume 10, Number 1, 2013

Gouvernance linguistique francophone en milieu minoritaire au Canada
Linguistic Governance of Francophone Minority Communities in Canada

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1038896ar>
DOI: <https://doi.org/10.7202/1038896ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Centre d'études en gouvernance de l'Université d'Ottawa

ISSN

1912-0362 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Boily, F. & Gagné, L. (2013). Inventaires des services de santé en français dans l'Ouest canadien : entre improvisation et gouvernance : 2000-2010. *Revue Gouvernance / Governance Review*, 10(1). <https://doi.org/10.7202/1038896ar>

Article abstract

The difficulty for Francophone minority communities in Canada in getting healthcare services in their language is well-known. The situation is even more striking in Western Canada, as the communities are challenged by weak demographics and a large geographical dispersion compared to the eastern part of the country (especially Ontario and New Brunswick). In this context, Francophone mobilization in defense of their interests is essential. This project is about the relationship between Western provincial governments, the federal government and Francophone minority groups regarding healthcare policy. The object of our study is British Columbia, Alberta and Saskatchewan in the recent period from 2000 to 2010. The main analysis bears on the public policy factors that help to shape the kind of healthcare projects the Francophone groups were able to access. In this paper, we establish a relationship between an activist federal government, rather passive Western provinces, and a preference for public health programs in which the federal government can intervene without infringing on provincial jurisdictions.

Inventaires des services de santé en français dans l'Ouest canadien : entre improvisation et gouvernance : 2000-2010

Par Frédéric Boily et Learry Gagné

La difficulté pour les communautés francophones en situation minoritaire au Canada d'obtenir des services de santé dans leur langue est une situation bien connue. Le problème est criant dans l'Ouest canadien, où les francophones ont été et sont encore aujourd'hui défavorisés par une faiblesse démographique et une grande dispersion de la population par rapport à l'Est (surtout l'Ontario et le Nouveau-Brunswick). Dans un tel contexte, la mobilisation des francophones pour la défense de leurs intérêts est essentielle. C'est pourquoi les groupes francophones minoritaires se battent depuis des années pour que les gouvernements provinciaux, principaux fournisseurs de services de santé dans le système canadien, répondent à leurs exigences.

Il y a eu, ces dernières années, un bon nombre de publications portant sur la gouvernance de la santé (Forgues 2009). Dans la foulée des travaux antérieurs, nous voulons apporter une contribution originale en nous intéressant à la question des demandes qui ont été exprimées par les différentes communautés de l'Ouest canadien. Compte tenu des tendances générales concernant la recherche sur la gouvernance de la santé des francophones minoritaires, deux éléments nous paraissent plus pertinents pour notre propos. D'une part, la plupart des études portent sur une province spécifique, et plus souvent sur l'Ontario et le Nouveau-Brunswick, là où, naturellement, les communautés francophones ont un plus grand poids social et politique. Il y a bien entendu des exceptions. Parmi celles traitant de la gouvernance de la santé dans l'Ouest, notons Schofield et Gauthier (2007) portant sur les réalisations de la Société Santé en français, et Bouchard et Leis (2008) qui passent brièvement en revue la situation dans l'Ouest. D'autre part, un bon nombre de ces études examine des aspects spécifiques de la santé, comme les aînés ou la santé mentale¹.

Notre projet de recherche a une vocation plus centrée sur le politique, et il portera sur les relations entre les gouvernements provinciaux de l'Ouest et les groupes francophones minoritaires en matière de politique de santé. L'article s'inscrit sur une toile de fond théorique qui est au carrefour de l'analyse des politiques publiques et des réseaux. Il existe plusieurs définitions des politiques publiques, encore qu'elles évoluent, explique Pierre P. Tremblay, autour de la notion de « choix » et de « décision » (Tremblay 2012 : 14). Or, ces notions de choix et de décisions ou ce que Tremblay appelle aussi la « ligne de conduite » (*Ibid.*) suivie par les gouvernements, se retrouvent bien présentes dans notre démarche. En effet, nous voulons voir ce que les acteurs francophones de l'Ouest ont pu obtenir des gouvernements en matière de santé. Plus précisément, nous voulons voir ce que les acteurs francophones de l'Ouest ont pu obtenir des gouvernements des provinces en matière de santé. Acteurs que nous pouvons désigner, comme le politologue Vincent Lemieux, comme étant les « intéressés », soit les acteurs non-

¹ Et si les représentants des groupes francophones sont souvent présents dans les analyses publiées jusqu'ici, il n'en va pas de même pour les universitaires. À titre d'exemple, l'ouvrage collectif de S. Vézina, *Gouvernance, santé et minorités francophones* (2007), compte deux contributions universitaires pour sept interventions de représentants de groupes francophones et deux contributions conjointes universitaire-groupe.

gouvernementaux qui sont à l'extérieur de l'appareil gouvernemental et qui exercent des pressions et font des demandes en matière de politiques publiques (Lemieux 2002 : 33). Ainsi que l'explique Lemieux, il existe quatre grandes catégories d'acteurs : les responsables, les agents (les deux étant à l'intérieur du système politique), les intéressés et les particuliers (*Ibid.* : 31-34). Les intéressés constituent une catégorie composée de multiples groupes (groupes d'intérêts au sens classique du terme et groupes communautaires). Les groupes dont nous voulons retracer l'action dans le cadre de ce texte sont ceux qui font la promotion du consumérisme public, soit ceux qui « demandent à l'État de produire, à coûts acceptables, de meilleurs biens publics » (Montpetit 2002 : 97). Notre objectif consiste à voir de quelle façon les groupes francophones ont pu obtenir ce qu'ils demandaient auprès des gouvernements, et s'ils ont pu se constituer en un « réseau d'enjeux » (Bernier 2011 : 147) et former ainsi un regroupement d'acteurs dans une province ou dans des provinces et influencer les choix des gouvernements provinciaux en matière de politiques publiques. Pour l'étude de la dynamique des phénomènes politiques observés, nous nous baserons sur le modèle de John W. Kingdon (2011) de « courant politique » (*political stream*) et de « fenêtre d'opportunité » (*policy window*). En résumé, les courants politiques se composent de l'humeur nationale (*national mood*), des actions des forces politiques organisées, et des changements au sein du gouvernement. Lorsqu'un confluent de courants se rattache à une problématique particulière, on peut voir s'ouvrir une fenêtre d'opportunités, où les acteurs doivent agir vite s'ils veulent changer les choses.

Nous proposons de nous concentrer sur les provinces de la Colombie-Britannique, de l'Alberta et de la Saskatchewan pour la période récente allant de 2000 à 2010². L'analyse principale portera sur l'adéquation des demandes des groupes francophones et des offres des gouvernements provinciaux et fédéraux en matière de politique de la santé. Étant donné la séparation constitutionnelle des pouvoirs, nous nous attendions à ce que les revendications des groupes francophones se fassent au niveau provincial. En fait, nous avons constaté que le fédéral constitue le principal partenaire, du moins en ce qui concerne l'Ouest. Notre démarche méthodologique consiste principalement en une recherche documentaire de sources gouvernementales et des groupes francophones, complétée par une étude des journaux francophones de l'Ouest³ et des analyses d'études académiques. Notre recherche est de nature qualitative; nous tirons des sources primaires les éléments qui semble le mieux éclairer la situation.

Nous accordons une importance primordiale à comprendre la situation telle qu'elle se présente actuellement, c'est pourquoi nous nous attarderons sur la décennie 2000-2010. Comme le rappellent Bouchard et Leis (2008 : 354), deux événements la caractérisent : la victoire des Franco-ontariens pour le maintien de l'Hôpital Montfort, et l'intervention fédérale dans le réseautage des minorités francophones. Ces événements ont marqué durablement autant l'offre que la demande de programmes de santé dans les communautés francophones de l'Ouest. Dans la première partie du texte, nous commencerons par présenter notre typologie, puis nous passerons dans la seconde partie à l'implication du gouvernement fédéral en la matière afin de

² Nous avons décidé d'exclure le Manitoba car nous désirions comparer des provinces aux proportions semblables de population francophone. Selon le recensement de 2011, les proportions de « français parlé à la maison » étaient de 3,5 % au Manitoba, 1,3 % en Saskatchewan, 1,7 % en Alberta et 1,4 % en Colombie-Britannique (Statistique Canada 2012 : 6).

³ Un survol rapide des médias anglophones de l'Ouest nous a amené à constater que les questions de services de santé en français y sont à peu près complètement ignorées.

dégager ce qui a été identifié comme étant nécessaire à réaliser. Par la suite, à la troisième partie, nous décrirons, pour les trois provinces de l'Ouest, ce qui a été demandé et obtenu par les communautés francophones afin de dégager des tendances en matière de réussite. Dans la quatrième partie du texte, nous discuteront des principaux obstacles qui se dressent sur la route des groupes francophones lorsque vient le moment d'obtenir des services en français. Nous nous intéresserons tout particulièrement à la question de la légitimité des demandes des francophones dans un environnement socio-politique qui, sans être totalement hostile aux demandes des francophones, n'en demeurent pas moins inhospitalier à celles-ci.

TYPLOGIE DES PROJETS

Afin de structurer l'ensemble de notre propos, nous suggérons de suivre la typologie de Jean-Guy Finn (2007) pour classer les projets à l'étude, afin de voir si on peut y dégager des enseignements quant aux projets qui ont été proposés et réalisés. Finn distingue trois types de services de santé, du plus facile au plus difficile à fournir pour les communautés francophones minoritaires. Le premier représente les « services de santé publique ». Ces programmes consistent essentiellement en de la documentation sur les maladies, des guides pour les bonnes habitudes de vie, et des services personnalisés comme des lignes téléphonique d'aide. Ceux-ci demandent peu de ressources, et ils n'exigent généralement qu'un effort de traduction ou d'interprétation. Nous retrouvons dans le second les « services individuels primaires ». Il s'agit ici des mesures qui facilitent l'accès aux soins de santé primaire. Pensons aux cliniques francophones, à l'embauche de médecins parlant français dans les hôpitaux, ou encore à la publication de répertoires de professionnels francophones de la santé pour une région ou une province. Le degré de difficulté de ces projets est moyen : les répertoires de professionnels sont peu coûteux, mais il n'en va pas de même des cliniques. Le troisième type concerne les « services individuels spécialisés », soit les soins de deuxième ligne et plus, ou en d'autres termes, la médecine spécialisée. Ce sont les services les plus onéreux à offrir en français, particulièrement pour les communautés de petite taille pour qui un cardiologue francophone par exemple serait un véritable luxe.

SANTÉ DES FRANCOPHONES : LES PROGRAMMES FÉDÉRAUX

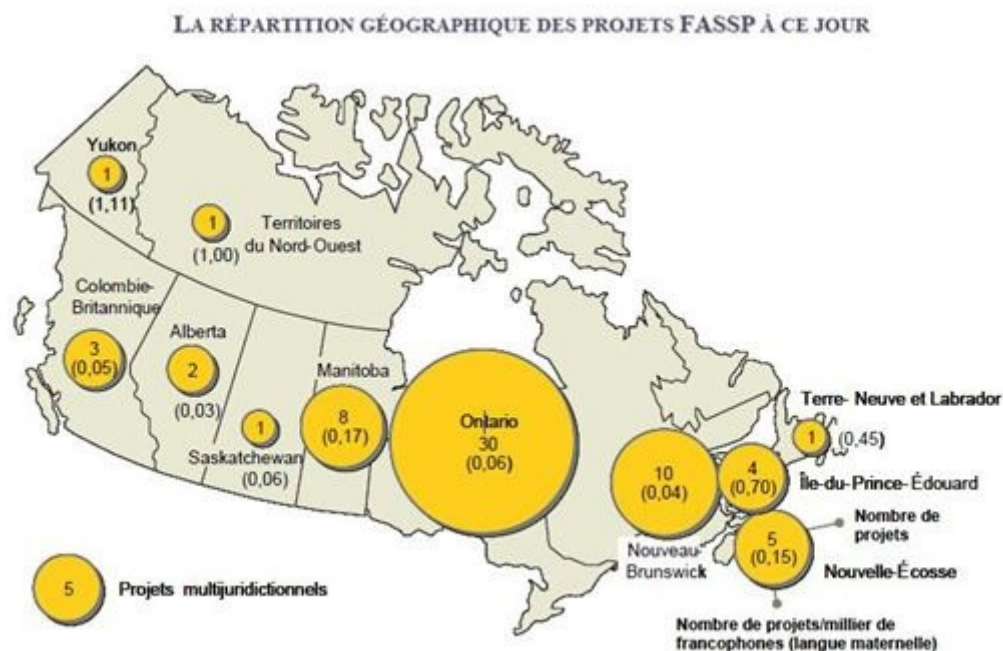
Les années 1990 ont été, on le sait, des années de misère en termes de financement du système de santé au Canada. Vers la fin de la décennie, le gouvernement libéral de Jean Chrétien profite des surplus budgétaires dégagés pour augmenter les contributions au système de santé. Parmi les projets du fédéral, au printemps 2000, le Bureau d'appui aux communautés de langue officielle (BACLO) de Santé Canada commande une étude sur la santé des francophones en milieu minoritaire au Comité consultatif des communautés francophones en milieu minoritaire (CCCFSM). Le Comité demande d'abord à la Fédération des communautés francophones et acadiennes (FCFA) d'explorer le terrain, ce qu'elle fera avec le document de juin 2001 *Pour un meilleur accès à des services de santé en français* (FCFA 2001). Au mois de septembre suivant, le CCCFSM déposera son propre rapport, largement inspiré des efforts de la FCFA (CCCFSM 2001 : 7-8). On y identifie cinq leviers à développer : le réseautage, la formation, le lieu d'accueil, la technologie et l'information (*Ibid.* : 20).

Le gouvernement Chrétien institue aussi en 2003 un nouveau Ministère responsable des langues officielles, avec à sa tête Stéphane Dion. Suivra la même année un Plan d'action pour les langues officielles. Sur un budget de 751,4 millions de dollars, le domaine de la santé en reçoit 119 millions. Le volet santé de cette politique sera géré par le BACLO, et il s'inspirera largement des recommandations du CCCFSM. Quatre des cinq leviers seront retenus, comme on le verra

plus bas; seule la technologie est abandonnée, jugée trop chère pour les résultats attendus (CCCFSM 2007 : 18).

Quelques mesures vont spécifiquement s'adresser aux communautés francophones minoritaires. D'abord, Santé Canada établit le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaire (FASSP), « en vue de soutenir les efforts des provinces, des territoires et des autres intervenants pour élaborer et mettre en œuvre des initiatives transitoires de renouvellement des soins de santé primaires » (Santé Canada 2007 : 1). Sur un budget total de 800 millions de dollars, le programme comprend une « enveloppe des communautés minoritaires de langue officielle » (CMLO) qui se voit attribuer près de 30 millions de dollars, dont 20 millions aux francophones hors-Québec et 10 millions aux anglophones du Québec. Le montant alloué aux communautés francophones sera divisé en réseautage (1,9 millions de dollars) et en initiatives concrètes de santé primaire (18 millions de dollars). La Société Santé en français (SSF) est responsable de la gestion de l'enveloppe globale, et agit en tant que partenaire privilégié de Santé Canada. Celle-ci demande à chaque organisme francophone reconnu de rédiger un rapport, *Préparer le terrain*, pour identifier les besoins avant de soumettre des propositions de projet. Au total, la Colombie-Britannique a reçu du financement pour trois projets, l'Alberta pour deux, et la Saskatchewan pour un seul, sur un total de 71 pour l'ensemble du pays (Figure 1). Le programme FASSP s'est terminé comme prévu le 31 mars 2006, avec une extension de 10 millions de dollars en 2006-2007, connue sous le nom de « Projets porteurs ».

Figure 1



Source : CCCFSM (2007 : 31-32).

Le Plan d'action prend fin en 2008. Il sera poursuivi par le Ministère du patrimoine canadien du gouvernement conservateur (qui gère le portefeuille des langues officielles) avec la Feuille de route pour la dualité linguistique jusqu'en 2013. La Feuille de route attribue une enveloppe

globale de 170 millions de dollars pour la santé sur un budget total de 1,1 milliards de dollars, dont la part de lion, soit près de 90 millions, sera attribuée au CNFS pour la formation⁴. Environ 21,5 millions de dollars seront rendus disponibles pour des « projets des communautés de langue officielle en situation minoritaire », à raison de 5 millions par an jusqu'en 2013 (Santé Canada 2011a : 2; Santé Canada 2011b). Comme auparavant, c'est la SSF qui sera responsable de l'évaluation des projets.

LES PROJETS PROVINCIAUX : les demandes des groupes francophones

La Saskatchewan : un certain succès

L'organisation communautaire en santé francophone au niveau provincial existe depuis 1999, avec l'Équipe santé fransaskoise. Elle sera remplacée en 2001 par le Comité de liaison et d'actions en santé (CLAS). Suite au financement de réseautage du fédéral, le CLAS se transformera et deviendra en 2004 le Réseau fransaskois santé en français (RSFS) (FCFA 2004 : 13). C'est donc le CLAS qui sera aux commandes au début de la décennie 2000.

Comme son nom l'indique, il s'agit d'un « comité de liaison » de différents organismes touchant de près ou de loin à la santé des Fransaskois, soit principalement l'Assemblée communautaire fransaskoise (ACF), l'Association des parents fransaskois (APF), la Division scolaire francophone N° 310 (DSF), la Fédération des aînés fransaskois (FAF) et la Fédération provinciale des Fransaskoises (FPF) (CLAS 2004 : 2). En 2003, l'organisme se dote d'un plan directeur qui sera un premier indicateur centralisé de la demande en santé des Fransaskois. Peut-être dû au large éventail d'associations regroupées sous le CLAS, les demandes sont nombreuses et variées. D'entrée de jeu, et bien conscient de la rareté des ressources, on veut privilégier la santé primaire pour les enfants, les parents et les aînés (*Ibid.* : 18). Dans l'hebdomadaire fransaskois *l'Eau vive*, le CLAS résume ses demandes à un répertoire de professionnels, de la formation continue et du matériel professionnel bilingue. Comme le commente la journaliste, « [i]l ne s'agit pas non plus de réinventer la roue des services de santé mais plutôt de structurer et d'unir les ressources existantes » (Bonetto 2003). Ne pas « réinventer la roue », mais structurer, dans un premier temps, ce qui existe déjà, semble avoir été ainsi un principe directeur guidant l'approche du CLAS.

C'est peut-être pourquoi la province ne recevra qu'un seul financement de projet FASSP, soit pour le programme « Enfants, aînés : le cœur d'une communauté en santé ». Amorcé en octobre 2004, il prendra fin à l'échéance du FASSP soit le 31 mars 2006. Au plan des réalisations, la communauté semble avoir atteint la plupart de ses objectifs. Quatre Centres d'appui aux familles et à l'enfance ont été créés comme prévu. Les activités et le soutien aux aînés se sont également déroulés comme prévu. Une ligne info-santé est établie et un bulletin d'information est diffusé (Roy et Vienneau 2006 : 9-13).

En revanche, la collaboration avec le gouvernement provincial n'a pas été satisfaisante. La RSFS doit négocier non pas avec le Ministère de la santé, mais avec chacune des régions régionales. Pour le projet préliminaire *Préparer le terrain* exigé par la SSF, seules les régions de Kelsey Trail et Prairie North ont participé, alors que ce ne sont même pas les régions les plus fortement francophones de la province (*Ibid.* : 14, 22). Or, les régions régionales se sont montrées peu intéressées à offrir des services en français en milieu hospitalier (*Ibid.* : 11). D'ailleurs, il est

⁴ Pour notre projet, nous n'incluons pas les activités de formation en santé dans les offres et les demandes en santé. Nous nous concentrons sur les initiatives de santé qui ont un effet direct sur les populations francophones.

pertinent de noter que le projet « Enfants, aînés » ne comprenait pas de volet de soins de santé primaire. En définitive, le rapport évaluatif conclut que « [l]e projet a permis une grande conscientisation de ce qu'il était réaliste de revendiquer en santé en Saskatchewan » (*Ibid.* : 15).

Les leçons seront tirées pour le second projet, « En mouvement », lancé le 12 mai 2007. Il s'agit de la traduction et de l'adaptation d'un programme de santé publique déjà existant du côté anglophone, « In Motion ». Ce programme s'adresse avant tout (mais pas exclusivement) aux écoles, et incite les citoyens à faire de l'activité physique. Cette fois-ci, le RSFS s'allie directement avec la Saskatoon Health Region, créatrice du programme en 2000. La traduction des guides de ressources se fera en partenariat avec le Bureau du secrétaire provincial et la Direction des affaires francophones (DAF), deux entités du gouvernement provincial. Le site Web obtiendra du financement de l'Agence de la santé publique du Canada. Trois sous-projets obtiendront également un financement public : « En mouvement petite enfance » de la Saskatoon Health Region et du Community Initiative Fund du gouvernement provincial, le « Mois de la famille En mouvement » de Santé Canada via la SSF, et « Actif à tout âge » pour les aînés, de la SSF. Ce dernier fut le seul projet de l'Ouest à se qualifier pour l'enveloppe des « Projets pour la santé des CFASM 2009-2010 » (SSF 2010 : 11-2).

Il faut noter qu'au cours des années 2000, le gouvernement de la Saskatchewan a ajusté sa politique officielle en matière de bilinguisme. En effet, il a adopté, en 2003, une « politique de services en langue française » (Direction des affaires francophones, n.d.), dans laquelle il s'engage à offrir des services en français « lorsque c'est approprié » (Deschênes 2004), ce qui n'est pas sans nous rappeler le langage de l'article 23 de la *Charte canadienne des droits et libertés* concernant l'éducation dans la langue de la minorité, « lorsque le nombre le justifie ». Il semble donc y avoir du côté de la Saskatchewan une certaine ouverture de la part du gouvernement provincial, du moins sur papier, et tant que les projets demandés ne sont pas trop ambitieux.

L'Alberta : la lutte pour le Centre de santé Saint-Thomas

Dans les années 2000, l'attention de la communauté francophone de l'Alberta se portera surtout sur un projet d'envergure spécifique, le Centre de santé Saint-Thomas (CSST), situé à Edmonton. Il s'agit d'une résidence pour aînés jumelée d'un centre de santé communautaire (anciennement le « Centre de santé communautaire Saint-Thomas »). Il importe de noter que l'institution est bilingue, et non exclusivement francophone, ce qui est nécessaire étant donné l'insertion du Centre dans le réseau de santé primaire de l'Alberta. Toutefois, la priorité est donnée aux services en français (Saintonge 2008 : 91).

Le financement du CSST fut l'objet de négociations complexes que nous ne décrirons pas en détail ici, faute de place. De 1997 à l'ouverture officielle en 2008, le projet implique bien sûr la communauté francophone, mais aussi les gouvernements des niveaux fédéral et provincial et des organismes de bienfaisance. Des personnalités politiques fédérales et provinciales vont même s'ingérer dans le dossier à titre personnel, particulièrement en période électorale, ce qui témoigne de l'importance du projet. En 2005, sous le gouvernement fédéral libéral, le Ministère du patrimoine canadien promet une aide de 1,25 millions de dollars. Malheureusement, l'argent n'arrivera pas avant le déclenchement des élections en décembre de la même année. Le nouveau gouvernement conservateur est beaucoup moins réceptif au projet; néanmoins, la province arrive à la rescousse avec l'octroi de 1,5 millions de dollars. Après d'âpres négociations et l'appui du député local conservateur Rahim Jaffer, le fédéral consent à un financement de 750 000 dollars en janvier 2007 (Fortier 2006). Pendant ce temps, le Centre de santé communautaire annexe

reçoit une contribution régulière du FASSP en 2005⁵, ainsi qu'une extension de 115 625 dollars l'année suivante pour les « projets porteurs » (SSF 2007). Le CSST bénéficiera également d'une subvention de 2,5 millions de dollars en 2005 d'un programme conjoint fédéral-provincial pour le logement abordable. Au total, il aura reçu 2,3 millions de dollars du fédéral et 3,95 millions de dollars du provincial, pour un projet de 24,5 millions de dollars.

La communauté francophone doit également s'attaquer à l'offre générale de services en français dans la province. Dès le départ, l'Association canadienne-française de l'Alberta (ACFA) entend donner la priorité aux enfants et aux aînés, mais l'identification des besoins demeure un « obstacle majeur » (Roy 2000). Lors d'une réunion de travail dans le cadre du premier rapport du Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire (CCCFSM)⁶ en 2001, la communauté tente de convaincre le gouvernement provincial que des soins de santé pour les francophones se traduisent en investissement dans la prévention, et donc en baisses des coûts de santé à terme. Ce dernier se montre réceptif, mais exige que les propositions soient « très précises et raisonnables » (Griffon 2001).

En 2003, avec l'aide du FASSP pour le réseautage, est né le Réseau santé albertain (RSA), qui deviendra le maître d'œuvre des projets de santé francophone dans la province, ainsi que le point de contact officiel pour la SSF. Au départ, le RSA émet dans son document *Préparer le terrain* quatre recommandations principales. La première concerne la promotion de la santé, soit la diffusion d'information et la formation de partenariats, pour certaines actions ciblées comme la prévention des maladies et des accidents et le traitement de maladies chroniques. La seconde traite de l'accès aux services de soins pour les maladies communes. Parmi les projets envisagés, on retrouve une ligne téléphonique d'information inspirée du HealthLink BC, un centre communautaire à Edmonton (le futur CSST, déjà en chantier) et un autre à Calgary, la télémedecine et des services mobiles. La troisième recommandation porte sur l'accessibilité aux services de soins primaires. Modeste, le rapport ne cherche pas à implanter des cliniques en français, mais plutôt à développer des liens avec les décideurs et les autres provinces pour trouver des solutions adaptées à la réalité franco-albertaine. L'effort sur le terrain devrait se porter sur la formation et le recrutement de personnel francophone dans le système existant. La dernière recommandation se voulait un peu plus ambitieuse : la création de cinq « milieux de services », soit la province plus quatre zones francophones classifiées selon la densité de population, et une réorganisation de l'offre de services selon cette nouvelle classification (RSA 2006 : 68-92). Il faut noter que dans le document *Soins de santé primaire en français* (RSA 2007), qui se veut le résumé grand public de *Préparer le terrain*, cette dernière recommandation n'apparaît pas.

La province obtiendra entre 2004 et 2006 du financement du FASSP pour deux projets, dont l'un est mentionné plus haut, soit le CSST. Le second est pour un site Web en français géré par le RSA, où devra figurer un répertoire des professionnels de la santé parlant français. Le RSA a obtenu la collaboration de Capital Health, de l'Institut Guy-Lacombe de la famille, de la Société de Bien-Être du Centre-Est ainsi que du Réseau canadien de la santé (SSF 2006a : 12). Le projet fut complété avec succès.

⁵ Montant inconnu, mais un document fédéral révèle que le CSST a reçu 1,55 millions de dollars du fédéral en 2005-2006 (*Entente Canada-Alberta relative au projet du Centre de santé Saint-Thomas 2006-2007*, annexe 3).

⁶ Ce comité a été mis sur pied par BACLO – Santé Canada avec l'assistance de la Fédération des communautés francophones et acadiennes (FCFA) pour répertorier les demandes des francophones minoritaires dans l'ensemble du pays. Un premier rapport a été déposé en 2001, et un second en 2007.

Le RSA a exprimé des difficultés à négocier avec les autorités provinciales. D'abord, le point d'entrée se devait d'être les régies régionales (Regional Health Authority, RHA), sauf que seul Capital Health (le RHA d'Edmonton) semblait ouvert aux propositions, et même là les liens furent tendus. Dans un article du *Franco* de 2006, le RSA exprime une rare frustration publique à travailler avec les RHA; il préférerait « s'engager dans une initiative pour promouvoir la santé, avec ou sans les autorités régionales (...) » (Alary 2006). Selon le second rapport du CCCFSM, les relations sont jugées bonnes entre le réseau santé et la province, même si ce premier n'a qu'un rôle consultatif et que le gouvernement n'y participe pas de manière formelle (CCCFSM 2007 : 21). Pour compliquer encore plus les choses, les RHA seront abolies en 2009 et remplacées par une seule autorité centrale, l'Alberta Health Services (AHS). Ceci obligea la communauté à recommencer le travail de réseautage avec l'appareil gouvernemental. En 2009, quelques projets de moindre envergure seront proposés, comme une ligne info-santé et la traduction de programmes (SSF 2010 : 15).

La Colombie-Britannique : des avancées

Malgré sa faible population francophone, la Colombie-Britannique sera passablement (et par conséquent étonnamment) prolifique en termes de projets de santé en français dans les années 2000. Une des clés de ce succès relatif nous apparaît être les bonnes relations entre la communauté francophone et le secteur provincial de la santé. Les liens semblent avoir été tissés assez tôt, et les organismes francophones ont souvent cherché à impliquer la province dans leurs projets.

Les Franco-colombiens n'attendent pas l'initiative de la SSF pour se donner un organisme voué à la santé. En 2002, la Fédération des francophones de la Colombie-Britannique (FFCB) met sur pied une « table sectorielle sur les services de santé en français »; un an plus tard, ce regroupement communautaire devient RésoSanté, et c'est celui-ci qui deviendra le point de contact de la SSF pour la province. En parallèle, le gouvernement instaure en 2003 le Provincial Language Service (PLS) au sein de la Provincial Health Service Authority (PHSA), l'organisme chapeautant les régies régionales de santé. Son rôle est de fournir des documents traduits et des interprètes dans les langues les plus utilisées de la province, comme le mandarin, le punjabi, et bien sûr le français (qui, à noter, jouit d'une section particulière sur le site Web de la PHSA que les autres langues n'ont pas)⁷.

Dans les années 2000, les Franco-colombiens vont presque exclusivement se concentrer sur des projets de traduction et de professionnels francophones. On retrouve déjà dans la province un établissement de santé pour aînés offrant des services en français, le Foyer Maillard, situé à Coquitlam et qui, construit en 1969, fait partie aujourd'hui du système du Simon Fraser Regional Health Board. Bien que les problèmes de financement y soient constants, il semble que le Foyer négocie avec les instances gouvernementales de la même manière que n'importe quel établissement public de santé. Nous n'avons pas remarqué, pour la décennie 2000, d'offres ou de demandes spécifiques concernant le Foyer et reliés à RésoSanté, sauf pour un rapport exploratoire réalisé conjointement par les deux et publié en 2005 (Santé en français Colombie-Britannique 2005).

Le projet santé le plus important de la décennie 2000 pour la communauté francophone de Colombie-Britannique fut la traduction du volumineux *BC Health Guide*, un guide grand

⁷ <http://www.phsa.ca/AgenciesAndServices/Services/Provincial-Language-Service/RessourcesFrancophones/default.htm>, consulté le 8 mars 2012.

public d'information sur les maladies et les blessures communes. La version originale anglaise fut distribuée en 2001. En 2002, le député libéral provincial de Coquitlam-Maillardville, Richard Steward, annonce la traduction prochaine en français du Guide (Geoffroy 2002). Bien que l'initiative semble émaner du gouvernement, le projet se réalisera en partenariat principal avec RésoSanté. Le *Guide-santé* est lancé en 2004 puis distribué dans les foyers francophones de la province, ainsi qu'au Yukon. La traduction semble s'être bien déroulée, mais il y a eu des problèmes de distribution, la demande ayant été moins forte que prévue (RésoSanté 2006a).

RésoSanté s'est également prêté à l'exercice de *Préparer le terrain* de la SSF, dont le rapport fut publié en décembre 2006. Le document développe quatre « axes d'intervention » prioritaires : (1) la diffusion d'information, qui consiste essentiellement à informer la population et à sensibiliser les décideurs et les intervenants; (2) l'organisation des services, une catégorie large qui regroupe des exercices assez simples comme un répertoire de professionnels et une ligne info-santé, jusqu'à des projets d'envergure comme des cliniques francophones, des foyers d'accueil calqués sur le Foyer Maillard, du personnel francophone à l'urgence, et d'autres; (3) la formation d'intervenants en français; et (4) le réseautage avec les autorités et les partenaires (RésoSanté 2006b : 53-64).

La province a obtenu de l'appui du FASSP pour trois projets, ce qui se révèle remarquable compte tenu de sa population francophone relativement faible⁸. Il faut noter une autre particularité par rapport aux autres provinces de l'Ouest : ce sont les régies régionales qui ont obtenu les subventions, et non pas directement RésoSanté. Les projets *En français?* (répertoire de professionnels) et Francophone Mental Health and Addictions Literacy Project ont été proposés par la PHSA, tandis que le projet Improving Access to Health Care for Francophones in Vancouver Coastal Health fut soumis par la régie Vancouver Coastal Health (VCH). Pour les trois projets, RésoSanté y figure comme partenaire principal (SSF 2005 : 6-8). Le *Guide-Santé* a un statut ambigu que nous n'avons pas pu clarifier; ni le bottin de projets de la SSF de 2005, ni le rapport d'étape de 2006 (SSF 2006b) n'en font mention, mais il apparaît dans le rapport final de 2006 (SSF 2006c : 7). Son promoteur officiel est RésoSanté, le partenaire principal est le Ministère de la santé. Il faut noter que la traduction du Guide était déjà terminée lors de l'arrivée du programme FASSP; la subvention a servi à la distribution et à la promotion du manuel. Le rapport final mentionne de plus que pour la suite des choses, « [l]a composante francophone du programme *Guide Santé* est entièrement prise en charge par le Ministère de la santé » (*Ibid.*), RésoSanté ne maintenant qu'un rôle consultatif.

RésoSanté et les deux paliers de gouvernement ont lancé quelques projets supplémentaires. Avec le Fonds pour la santé des populations de l'Agence de santé publique du Canada, RésoSanté a réalisé une étude exploratoire entre 2005 et 2007 ayant pour titre *Comment mieux informer les francophones de l'île de Vancouver en matière de santé*. Le Provincial Language Service a aussi démarré des projets en 2006-2007, portant sur le répertoire des professionnels, le français sur le Web, des interprètes, des documents traduits, et un programme spécialement ciblé vers la santé mentale, la toxicomanie et les dépendances. Ces projets furent entrepris avec la collaboration de RésoSanté, Réseau-Femmes CB, le Collège Éducacentre, La Boussole (travailleurs sociaux) et le Conseil scolaire francophone (Barclay 2010).

⁸ Selon Statistique Canada (2012 : 6), 63 295 locuteurs de français langue maternelle en 2006 contre 68 435 en Alberta qui a reçu deux projets. La Saskatchewan, avec un projet pour 17 575 locuteurs, lui donne un ratio plus élevé (voir fig. 1 plus haut), mais il apparaît évident que chaque province devait bénéficier d'au moins un projet.

ANALYSE DES RÉSULTATS ET DISCUSSION

Revenons maintenant sur le modèle de Kingdon pour schématiser la dynamique que nous venons de décrire. Rappelons que, pour s'attaquer à un problème politique, nous avons besoin d'un confluent particulier d'humeur politique, de forces organisées, et de changements au sein du gouvernement. Les forces organisées sont assez évidentes, nous en avons largement traité. Nous pourrions décrire l'humeur politique du début de la décennie 2000 en mentionnant trois événements. D'abord, la victoire des Franco-ontariens pour le maintien de l'Hôpital Monfort, combat qui s'étala de 1997 à 2001, a fortement contribué à mobiliser les groupes francophones et à sensibiliser les gouvernements. En second lieu, nous observons le retour des surplus budgétaires au fédéral, ce qui déliera les cordons de la bourse et offrira des opportunités de demandes de services. Enfin, il faut souligner le travail de la commission Romanow sur l'avenir du système de santé canadien (2001-02), qui a remis à l'ordre du jour des questions fondamentales. Ce *national mood* est jumelé à cette période à une nouvelle donne au gouvernement, que nous pourrions résumer par la volonté exprimée d'augmenter les budgets en santé, comme en fait foi l'*Entente-cadre sur l'union sociale* de 1999, et par la nomination d'un ministre responsable des langues officielles en 2003, démontrant ainsi un désir d'action du côté notamment des francophonies minoritaires.

Ce confluent a rencontré un problème politique qui *a priori* était assez vague (tout le monde reconnaît que la santé a besoin de financement et que la situation des francophones de l'Ouest est précaire), mais qui a été assez bien précisé par l'initiative du BACLO et de la CCCFSM. On peut affirmer qu'en 2003, la fenêtre d'opportunité s'ouvre enfin, avec les possibilités de réseautage offertes par la SSF et le financement de projets par le FASSP. Cette rencontre d'une problématique bien circonscrite et d'un « alignement des planètes » politiques a somme toute assez bien servi les communautés francophones de l'Ouest, et c'est ce que nous analysons maintenant plus en détail.

Nous avons classé dans le tableau suivant les projets des communautés francophones de l'Ouest des années 2000 selon la typologie de Finn retenue au début. Nous avons inclus les six projets du FASSP, en plus des autres projets d'importance que nous avons retenus. Remarquons d'abord qu'aucun projet de services spécialisés n'a été entrepris. À notre avis, aucune communauté de l'Ouest n'a la taille critique nécessaire pour rendre de tels projets réalistes. Comme le mentionne Finn, « [m]ême au Nouveau-Brunswick (250 000) et en Ontario (500 000), tous les francophones réunis forment à peine les bassins de population nécessaires à l'établissement en français des services les plus hautement spécialisés » (Finn 2007 : 141). Autre remarque, les projets se sont surtout cantonnés aux services de santé publique, et dans les cas où les communautés ont avancé des projets de soins de santé primaire, il s'agissait la plupart du temps de répertoire de professionnels francophones, donc la mesure la plus économe et la moins compliquée à réaliser politiquement. Seule exception, le Centre de santé Saint-Thomas à Edmonton, et nous avons vu à quel point les Franco-albertains ont dû lutter pour l'obtenir.

En ce qui a trait aux implications des gouvernements, Finn note que le premier type est une compétence souvent partagée entre le fédéral et le provincial, alors que les second et troisième types sont l'apanage des provinces. Cette remarque est primordiale pour notre propos. En effet, nous pouvons établir une relation entre la participation active du fédéral durant la décennie 2000, la participation plutôt passive des provinces, et la préférence pour les projets de santé publique. Il y aurait donc deux principaux facteurs dans le choix des types de projets à

mener : les ressources disponibles et la présence du gouvernement fédéral qui, rappelons-le, ne peut participer directement au financement d'infrastructures de santé.

Tableau 1. Classification des principaux projets des communautés francophones de l'Ouest en matière de santé, 2000-2010.

1) Services de santé publique	
SK	- Enfants-Aînés - En mouvement - Actif à tout âge
AB	- Site Web du RSA
CB	- Guide Santé - En français? (trousses d'information) - Francophone Mental Health... - Improving Access... (trousses d'information)
2) Services individuels primaires	
SK	(aucun)
AB	- Site Web du RSA (répertoire de professionnels) - CSST résidence - CSST centre communautaire
CB	- En français? (répertoire de professionnels) - Improving Access... (répertoire de professionnels)
3) Services individuels spécialisés	
(aucun)	

Nous allons maintenant poursuivre l'analyse en nous penchant sur les facteurs pouvant expliquer les succès et identifier, dans la mesure du possible, les éléments qui doivent être pris en considération pour un avancement des projets futurs.

Pour les trois provinces, nous remarquons que les demandes de projets sont en général peu ambitieuses, excepté bien sûr pour le CSST en Alberta. Elles se révèlent pour la plupart adaptées à la fois à la réalité des capacités des organismes francophones de santé, et à ce que le gouvernement fédéral est en mesure de financer sans empiéter sur les compétences des provinces, préférablement au sein de programmes établis. Des projets tels la traduction de documents ou la publication d'un répertoire de personnel entrent très bien dans ce cadre. Du côté des offres provinciales, nous constatons des disparités. On peut immédiatement remarquer que lorsque le gouvernement fédéral prend l'initiative avec le FASSP et la SSF, cela permet aux régimes provinciaux de se désengager sans trop de répercussions. Toutefois, la situation est nettement différente en Colombie-Britannique, où le provincial prend l'initiative des projets en collaboration avec RésoSanté. Nous ne retrouvons aucunement cette dynamique dans les deux autres provinces, à part peut-être avec la mesure prise en Saskatchewan en 2003 concernant les services de santé en français « lorsque c'est approprié », comme le dit la politique officielle.

Nous pouvons conclure que des offres significatives des gouvernements en matière de santé francophone minoritaire sont venues du fédéral et de la Colombie-Britannique. Pas étonnant de constater que cette province ait obtenu de si bons résultats auprès du FASSP.

Nous avons observé trois niveaux de relations entre les groupes francophones et les instances gouvernementales. À la plus petite échelle, ces groupes doivent composer avec les régies régionales de santé. Exception faite encore une fois de la Colombie-Britannique, celles-ci se sont montrées peu intéressées à la collaboration. Ensuite vient le niveau provincial. Les trois situations étudiées nous sont apparues complètement différentes, comme nous l'avons décrit. Enfin, au niveau fédéral, la situation se caractérise par un cadre institutionnel bien défini, une volonté d'encourager le réseautage, et une relative absence de politique dans deux sens du terme, soit l'absence de favoritisme pour une province ou une autre, et une certaine continuité entre les régimes libéral et conservateur à Ottawa quant au traitement des minorités francophones. Compte tenu de la disparité des relations avec les gouvernements provinciaux, on peut penser que, sans le gouvernement fédéral, la fragmentation aurait été encore plus importante, avec un éventail de programmes à l'emporte-pièce fortement marqués par le contexte politique. Cela dit, mais sans qu'on puisse le démontrer empiriquement, l'action du gouvernement fédéral semble avoir favorisé l'émergence de structures plus adaptées à leur situation.

Notre examen de la situation montre qu'il existe, dans chacune des provinces, ce que l'on peut appeler comme la sociologue Louise Bouchard, un embryon de « structure réticulaire » (Bouchard 2011 : 213). Elle constate que les groupes minoritaires ont développé au fil de la décennie certaines structures leur ayant permis d'acquérir quelques services. S'appuyant sur les bases théoriques de la sociologie durkheimienne (1893) en matière de différenciation et de spécialisation, Bouchard avance que les minorités francophones ont une conscience plus aiguë de leur place dans la structure sociale, ce qui produit une demande de relations plus justes. « Acceptant ce postulat, les minorités francophones ont une possibilité de survie plus élevée si leur modalité d'appartenance relève de la conscience engendrée par les rapports d'interdépendance et la nécessité d'être solidaires » (*Ibid.*). C'est pourquoi selon Bouchard, il faudrait privilégier cet aspect du réseautage, qui est d'ailleurs un élément important déjà demandé dans le rapport du CCCFSM. Inscrite dans le développement même de la modernité politique, il conviendrait ainsi d'embrasser sans hésitation l'approche en termes de réseau afin de créer une « solidarité réticulaire » (*Ibid.*) qui permettrait d'élargir les frontières de l'espace public et de créer un espace citoyen qui ne soit plus cantonné strictement à un territoire. Vincent Lemieux remarquait cependant que la notion de réseau, si elle s'est imposée, souffre de limitations dont celle concernant le fait que le réseau n'évolue pas en vase clos et qu'il est soumis à des tensions internes et externes (Lemieux 2002 : 47).

Ainsi, avant de faire éclater l'espace de citoyenneté avec la création de réseaux d'interdépendance, encore faut-il s'assurer « d'une conscience plus aiguë et partagée des liens d'interdépendance et de solidarité nécessaire à la réalisation d'objectifs dans un nouvel espace de citoyenneté » (Bouchard 2011 : 214). Voilà qui rejoint ce que les chercheurs en matière de gouvernance ont noté : « Quel que soit le mécanisme de gouvernance, les auteurs s'accordent pour dire que l'ingrédient nécessaire à son fonctionnement est le rapport de confiance que les acteurs tissent entre eux » (Cardinal *et al.* 2010 : 7). Or, l'interdépendance, la solidarité et la confiance sont mises à rude épreuve.

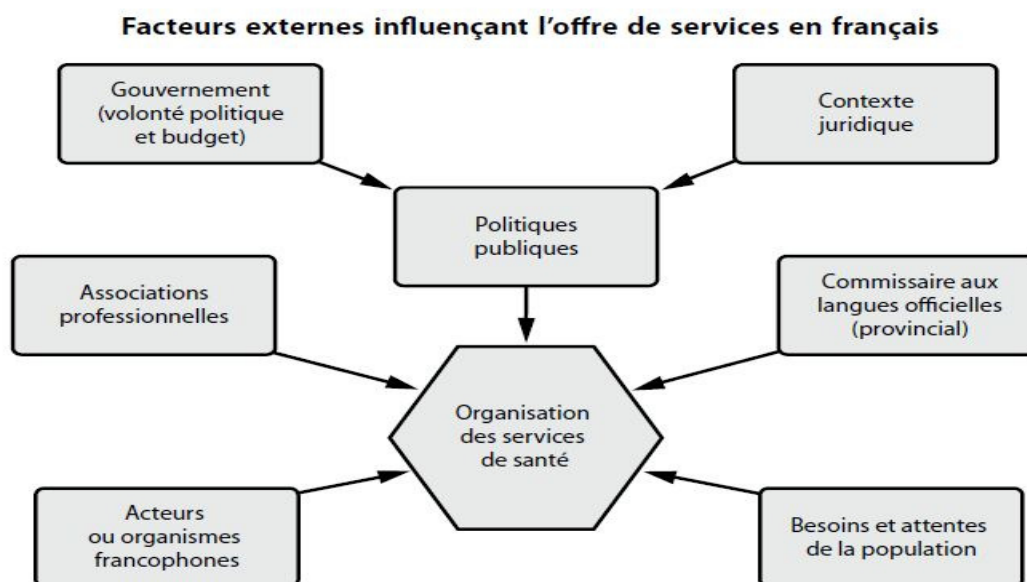
D'une part, à l'interne, les communautés de langues officielles sont soumises à des tensions qui freinent ou rendent difficiles (voire empêchent) la création de ce sentiment de solidarité nécessaire à l'action de la revendication politique. Prenons l'exemple de l'Alberta, où

la communauté francophone est prise dans un débat houleux sur le sens du terme « Canadien-français » dans le nom de l'organisme provincial, l'Association canadienne-française de l'Alberta (ACFA) (Dalley et Ruest-Paquette 2010). D'autre part, au niveau interprovincial, chacune des communautés semble agir de son côté, sans trop se préoccuper de ce que les autres font ou du moins les contacts n'apparaissent pas au grand jour. Le réseau national de la SSF ne semble pas avoir eu d'effets sur la collaboration interprovinciale, du moins dans l'Ouest. Par exemple, le *Guide-santé* de Colombie-Britannique a été distribué au Yukon, pourquoi pas dans les autres provinces de l'Ouest? Il semble que cette option n'ait jamais été envisagée⁹.

Déficit de légitimité politique

Pour approfondir l'analyse, nous proposons de nous interroger sur la légitimité des demandes francophones. En effet, les travaux de Rodrigue Landry, Éric Forgues et Christophe Traisnel sont particulièrement éclairants à cet égard. Les auteurs s'intéressent à la dimension politique de l'autonomie culturelle. Ils avancent que trois composantes sont essentielles pour assurer cette autonomie : la « proximité socialisante » géographique, la gestion par la société civile, et la légitimité étatique et idéologique qui rend acceptable ou non les demandes des groupes (Landry, Forgues et Traisnel 2010 : 101). C'est au carrefour de ces trois composantes et dans leurs jeux complexes, différents d'une province à l'autre, que le sort des communautés francophones minoritaires se développe et évolue.

Figure 2



Source : Forgues, Bahi et Michaud (2011 : 27).

⁹ Dans notre inventaire des demandes des organismes francophones, nous n'avons relevé qu'une seule proposition de collaboration interprovinciale, dans le document *Préparer le terrain* de l'Alberta, au sujet de la *BC Nurse Line* (RSA, 2006b : 74), et même ici il semble que l'idée ait été abandonnée.

Nous proposons d'ajouter plus clairement la troisième dimension, celle de la « légitimité » dans l'éclairant diagramme de Forgues, Bahi et Michaud, afin de mettre en lumière ce qui, à notre avis, est fondamental pour comprendre la volonté politique démontrée par les gouvernements. La légitimité devient ainsi un facteur externe influençant à la fois le gouvernement et le contexte juridique. Or, quelle est, en matière de santé, la légitimité des demandes émises par les communautés francophones de l'Ouest?

La question de la légitimité peut être abordée selon deux axes, le premier étant celui de l'orientation idéologique du gouvernement en place, l'autre étant celui de la place même des francophones dans chacune des provinces. À quel point les revendications d'une communauté sont-elle légitimées, c'est-à-dire étant jugées comme acceptables par la population? Commençons par l'orientation idéologique des gouvernements.

Depuis au moins deux décennies, les francophones de l'Ouest doivent souvent subir, comme tous les citoyens de leurs provinces respectives, des gouvernements qui sont plus à droite et qui ne sont pas spécialement portés à investir plus dans l'État-providence. À cet égard, le cas albertain est instructif quant à la difficulté que les minorités francophones vont rencontrer quant aux revendications qu'elles peuvent émettre.

En effet, pour atteindre son idéal de restriction budgétaire, le gouvernement de Ralph Klein a procédé à des coupes profondes dans les programmes de l'État. Plus précisément, en 1994, tous les départements gouvernementaux ont dû procéder à une réduction de 20 pour cent de leur budget d'opération tout en obligeant les fonctionnaires à absorber une baisse de salaire de 5 pour cent (Dyck 2006 : 86). Au total, les dépenses en matière de santé ont subi une baisse de 25 pour cent. Par contre, à partir de 2001, le gouvernement a dû réinvestir dans ce secteur en augmentant les dépenses annuellement de 11,3 pour cent dans le domaine de la santé, ce que l'État albertain pouvait se permettre avec les coûts de la dette diminués et le retour de la prospérité en matière énergétique (gaz et pétrole) (Taft, McMillan et Jahangir 2012 : 42-3). Il en résultait ainsi une conception de l'État qui, bien qu'il procédait à des investissements en matière d'éducation et de santé dans les années 2000, notamment pour faire face aux nouveaux défis qui se posaient à la société albertaine (afflux de populations, et plus jeunes qu'ailleurs de surcroît) n'en demeurait pas moins réfractaire à s'immiscer dans le développement social. Ensuite, la récession économique de la fin de décennie 2000 amène les gouvernements à gérer le budget de santé de manière stricte.

En Saskatchewan, le discours de la rigueur budgétaire n'a pas eu la même acuité qu'en Alberta, mais il n'empêche que nous avons aujourd'hui affaire à un gouvernement qui se situe aussi de ce côté de l'échiquier politique où la conception de l'État-providence, malgré la prospérité économique de la province, est elle aussi plus restrictive. Dans ce contexte où le gouvernement est en mode de retrait, les minorités francophones se retrouvent là aussi dans une situation plus précaire avec un gouvernement qui a rompu avec l'héritage néo-démocrate de Romanow et Calvert (Dyck 2006 : 84). En Colombie-Britannique aussi, la vague néo-libérale a frappé avec le gouvernement libéral de Gordon Campbell, notamment en matière de santé. En effet, après avoir pris le pouvoir en 2001 en promettant de couper dans de nombreux domaines, il y a eu une profonde reformulation du système de santé : fermeture de trois hôpitaux en milieu rural, conversion d'autres en centre de soins assistés, fermeture de centaines de lits pour les soins de longue durée, etc. Le système de santé a été profondément touché (*Ibid.* : 92).

Évoquons également, pour conclure, une dimension encore plus fondamentale, celle qui, au-delà des orientations du gouvernement du jour, concerne la légitimité des demandes des francophones. En fait, on peut comprendre la légitimité ici comme une ressource qui peut se

retrouver à la disposition des acteurs dans leur démarche pour influencer le développement de certaines politiques. En effet, « [l]es acteurs diffèrent non seulement par leurs finalités et leur information, mais aussi par d'autres ressources (les ressources financières, le prestige, etc.) qui font que certains d'entre eux ont plus de chances que d'autres d'influencer les politiques publiques » (Lemieux 2002 : 17). Ainsi envisagé, les groupes que nous avons étudiés disposent probablement de moins de ressources quant à la légitimité de leurs demandes. On pourrait dire ici que le « flux de la vie politique » est moins favorable aux groupes francophones des provinces comme l'Alberta que ceux d'ailleurs au Canada (Bernier et Lachapelle 1998 : 25). C'est que la légitimité d'une revendication en matière de politique publique dépend étroitement du climat politique provincial, le « *provincial mood* » pour paraphraser Kingdon. Celui-ci a bien montré comment les demandes qui sont faites et la réalisation de celles-ci dépend étroitement de ce qu'il est possible de demander : « *People in and around government sense a national mood. They are comfortable discussing its content, and believe that they know when the mood shifts* » (Kingdon 2011 : 146). Or, le climat politique des provinces canadiennes quant aux revendications des francophones varient grandement, le statut de la langue française n'ayant pas le même poids démographique et législatif d'une province à l'autre (Bouchard et Leis 2008 : 371-3).

Alors qu'au Nouveau-Brunswick, les francophones, malgré les difficultés, ont tout de même acquis un statut enviable, dans d'autres endroits, les communautés francophones minoritaires sont toujours dans une lutte de reconnaissance, tout particulièrement sur la scène fédérale. Pour simplifier les choses, on pourrait dire qu'en matière de distinction culturelle, les conservateurs ont imposé l'idée que le gouvernement fédéral n'a pas à en faire beaucoup en la matière et qu'il appartient avant tout à chacune des législatives provinciales de s'occuper, à sa convenance, de ce domaine. C'est la vision des réformistes qui a été en quelque sorte adoptée par les conservateurs de Stephen Harper (Boily 2011). Comment arriver à briser cette perception reste à voir. Toutefois, avec la Feuille de route, le gouvernement Harper semble avoir choisi la continuité avec le gouvernement précédent; notons par contre qu'il est difficile de changer les choses en profondeur dans un gouvernement minoritaire. Reste à voir si le gouvernement majoritaire de 2011 annoncera de tels changements; on aura probablement la réponse lors de l'expiration de la Feuille de route en 2013.

La situation se révèle d'autant plus difficile en raison de la diversité intrinsèque des provinces de l'Ouest. En effet, le peuplement de ces provinces obéit à une logique différente de celle des provinces du centre, ce qui rend encore plus fragile les revendications des francophones. Pourquoi leur accorder des droits particuliers en matière de santé alors que des communautés comme celle des Ukrainiens prospèrent dans l'Ouest depuis un siècle? On peut s'appuyer sur l'idée de minorités nationales et de groupes en situation minoritaire pour analyser la question de la légitimité des demandes des francophones en matière de santé. À cet égard, les francophones hors-Québec sont « triplement minoritaires » (Bouchard et Desmeules 2011 : 6) et, dans le cas des francophones cette minorisation est encore plus accentuée compte tenu de la diversité ethnique et culturelle des provinces de l'Ouest. Il en résulte que plusieurs n'acceptent pas l'idée qu'il devrait y avoir des droits spécifiques aux Francophones aussi bien en matière de santé qu'en matière de langue : il y a là un important déficit de légitimité à combler et à surmonter, demandant la création de stratégies politiques qui sont toujours à élaborer ou à formaliser de manière plus structurée, et qui font appel à une logique de lutte d'intérêt. Dans cet article, nous sommes partis du constat que l'on n'en savait peu sur les demandes que les francophones de l'Ouest ont exprimées en matière de santé dans la décennie des années 2000.

Or, notre examen nous a permis de constater, d'une part, que les projets obtenus étaient plutôt modestes, d'autre part, que les gouvernements provinciaux demeurent en retrait par rapport au gouvernement fédéral. Pour le moment, les responsables des groupes francophones ne paraissent pas avoir de stratégies claires quant à la façon de faire progresser les demandes auprès des gouvernements provinciaux. Nous notons qu'il semble exister une sorte de blocage dont la nature nous reste toujours étrangère, bien que nous soupçonnions, comme nous l'avons mentionné, que la question de la légitimité des demandes des francophones de l'Ouest soit différente de ce que l'on retrouve ailleurs au pays. La « mise à l'ordre du jour » (Bernier 2011 : 86) reste problématique pour les groupes francophones. Pour aller au-delà de ce constat, il faudrait notamment procéder à des entrevues avec les responsables des groupes francophones impliqués dans les dossiers touchant la santé. Ce faisant, on en saurait plus sur la nature des relations problématiques qui semble exister entre les gouvernements provinciaux et les francophonies de l'Ouest.

Frédéric Boily, Science politique, Campus Saint-Jean, Université de l'Alberta. Détenteur d'un doctorat en science politique de l'Université Laval, Frédéric Boily est professeur agrégé au Campus Saint-Jean (Université de l'Alberta). Ses recherches portent sur la droite et le populisme au Canada et au Québec, sujets sur lesquels il a publié de nombreux articles. Il est également l'auteur de l'ouvrage *Le conservatisme au Québec. Retour sur une tradition oubliée* (PUL, 2010), qui s'est vu décerner le Prix Donald Smiley (2011), remis par l'Association canadienne de science politique.

Learry Gagné, Science politique, Campus Saint-Jean, Université de l'Alberta. Il est chargé de cours en science politique, Campus Saint-Jean, Université de l'Alberta, où il enseigne notamment les politiques de la santé. Ses recherches portent principalement sur l'épistémologie des sciences sociales. Parmi ses publications récentes : « L'objet 'canadien-français' dans la sociologie canadienne-française », dans P.V. Sing et E. Dansereau (dir), *Impenser la francophonie : recherches, renouvellement, diversité, identité...*

Cette recherche a été réalisée avec l'appui financier du CNFS. Nous en profitons pour remercier Andrée Parker, ainsi que Martine Desrochers, facilitatrice de recherche au Campus Saint-Jean et Emma Yellowbird, pour leur aide à toutes les étapes de la recherche. Un merci tout spécial à notre assistante de recherche, Marion Cavanagh, qui a travaillé, au cours de l'été 2011, à la collecte des données nécessaires à notre analyse.

BIBLIOGRAPHIE

Alary, Étienne. 2006. « S'outiller pour mijoter des idées et développer des projets ». *Le Franco*, 3 mars.

Barclay, Suzanne. 2010. *Les services de santé en français en C.-B. Les partenaires essentiels au succès*, présentation PowerPoint du Provincial Language Service.

http://santefrancais.ca/index.cfm?Voir=media&Id=14343&Repertoire_No=-661868150, consulté le 9 mars 2012.

Bernier, Luc et Guy Lachapelle. 1998. « L'étude des politiques gouvernementales ». Manon Tremblay (ed.). *Les politiques publiques canadiennes*. Sainte-Foy : Presses de l'Université Laval, 13-39.

Bernier, Nicole F. 2011. *L'environnement politique de la santé. Théorie et pratique*. Québec : Presses de l'Université Laval.

Boily, Frédéric. 2011. « Preston Manning : Pour un patriotisme juridique canadien ». Frédéric Boily et Donald Ipperciel (ed.). *D'une nation à l'autre. Discours nationaux au Canada*. Québec : Presses de l'Université Laval, 127-48.

Bonetto, Estelle. 2003. « Santé en français. Des maux aux mots, l'essentiel est de se comprendre ». *L'Eau vive*, 29 mai 2003.

Bouchard, Louise et Anne Leis. 2008. «La santé en français », Joseph Yvon Thériault, Anne Gilbert et Linda Cardinal (ed.), *L'espace francophone en milieu minoritaire au Canada*, Montréal : Fides, 351-81.

Bouchard, Louise et Martin Desmeules. 2011. *Minorités de langue officielle du Canada. Égales devant la santé?* Québec : Presses de l'Université du Québec.

Bouchard, Louise. 2011. « Le mouvement de santé en français en contexte linguistique minoritaire : les représentations des acteurs sur l'avenir des services ». *Canadian Review of Sociology/Revue canadienne de sociologie*. 48 (2) : 203-15.

Cardinal, Linda et al. 2010. *La gouvernance communautaire en Ontario français : une nouvelle forme d'action collective*. Volume 1 : Un portrait des groupes communautaires. Ottawa : Université d'Ottawa, Observatoire sur la gouvernance de l'Ontario français.

CCCFSM. 2001. *Rapport au ministère fédéral de la santé*. Ottawa : Santé Canada.

CCCFSM. 2007. *Pour un nouveau leadership en matière d'amélioration des services de santé en français*. Ottawa : Santé Canada.

CLAS. 2004. *Pour une meilleure accessibilité à des services de santé en français pour la communauté fransaskoise*. Secor.

Dalley, Phyliss et Anne-Sophie Ruest-Paquette, « (Re)nommer l'association canadienne-française de l'Alberta : un débat entre l'homogénéité et le fractionnement identitaire ». Nathalie Bélanger et al. (ed.). *Produire et reproduire la francophonie en la nommant*. Sudbury : Prise de Parole Agora, 83-102.

Deschênes, José. 2004. « Une nouvelle reconnaissance pour les francophones ». *L'Eau vive*, 19 février 2004.

Direction des affaires francophones. n.d. « Politique de services en langue française de la Saskatchewan », <http://www.ops.gov.sk.ca/Default.aspx?DN=e8d3bbae-ce59-4682-8055-e9160fc08214&l=French>. Gouvernement de la Saskatchewan. Consulté le 5 mars 2012

- Dyck, Rand. 2006. « Provincial Politics in the Modern Era ». Christopher Dunn (ed.), *Provinces. Canadian Provincial Politics*. Peterborough : Broadview Press, 57-96.
- FCFA. 2001. *Pour un meilleur accès à des services de santé en français*. Étude coordonnée par la FCFA pour le compte du CCCFSM.
- FCFA. 2004. *Profil de la communauté fransaskoise de la Saskatchewan*, 2^e éd., Ottawa : Fédération des communautés francophones et acadienne.
- Finn, Jean-Guy. 2007. « Organisation et gestion des services de santé en milieux minoritaires de langues officielles au Canada », dans Sylvain Vézina (ed.), *Gouvernance, santé et minorités francophones*, Moncton : Éd. de la Francophonie, 123-148.
- Forgues, Éric, Boniface Bahi et Jacques Michaud. 2011. *L'offre de services de santé en français en contexte francophone minoritaire*. Moncton : Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques.
- Forgues, Éric. 2009. *De l'émergence à la consolidation. L'État de santé chez les francophones en situation minoritaire*. Rapport de recherche. Ottawa : Consortium national de formation en santé.
- Fortier, Julie. 2006. « Centre de santé Saint-Thomas : le provincial injecte 1,5 million \$ de plus ». *Le Franco*, 16 juin 2006.
- Geoffroy, Brigitte. 2002. « Services de santé en français ». *L'Express*, 16 mars 2002.
- Gouvernement du Canada. 2003. *Le prochain acte : un nouvel élan pour la dualité linguistique canadienne*. Ottawa : Gouvernement du Canada.
- Griffon, Sandrine. 2001. « Forum national sur la santé en français. Perspectives albertaines ». *Le Franco*, 16-22 novembre 2001.
- Kingdon, John W. 2011. *Agendas, Alternatives, and Public Policy*. Updated Second Edition. Boston : Longman.
- Landry, Rodrigue, Éric Forgues et Christophe Traisnel. 2010. « Autonomie culturelle, gouvernance et communautés francophones en situation minoritaire au Canada ». *Politique et sociétés*. 29(1) : 91-114.
- Lemieux, Vincent. 2002. *L'étude des politiques publiques. Les acteurs et leur pouvoir*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Montpetit, Éric. 2002. « Pour en finir avec le lobbying : comment les institutions canadiennes influencent l'action des groupes d'intérêt ». *Politique et sociétés*. 21(3): 91-112.
- RésoSanté. 2006a. Rapport final du projet spécial « Guide-santé Colombie-Britannique ». Vancouver : RésoSanté Colombie-Britannique.
- RésoSanté. 2006b. *Préparer le terrain en Colombie-Britannique*. Rapport final du projet. Vancouver: RésoSanté Colombie-Britannique.

- Roy, Liane et Jean-Guy Vienneau. 2006. *Évaluation des projets santé (Enfants-Aînés et PLT) dans le cadre du FASSP-CMLO pour le compte du RSF de la Saskatchewan*. Saskatoon : Réseau santé en français de la Saskatchewan.
- Roy, Marie-Josée. 2000. « L'implication de l'ACFA provinciale dans le secteur santé en français ». *Le Franco*, 11-17 août 2000.
- RSA. 2006. *Préparer le terrain pour la santé en français*. Edmonton : Réseau santé albertain.
- RSA. 2007. « Soins de santé primaire en français en Alberta ». Edmonton : Réseau santé albertain.
- Saintonge, Aline. 2008. Évaluation sommative du programme « Appui au réseautage », S & L Transactions Ltée.
- Santé Canada. 2007. *Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaire*. Résumé des initiatives. Dernière éd. Ottawa : Publications Santé Canada.
- Santé Canada. 2011a. *Consultation des communautés francophones en situation minoritaire : l'horizon 2013-2018*. Ottawa : Santé Canada.
- Santé Canada. 2011b. *Document d'information sur des initiatives de santé destinées aux communautés francophones et anglophones en situation minoritaire*. http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/_2009/2009_184bk1-fra.php, consulté le 24 février 2012.
- Santé en français Colombie-Britannique. 2005. *Évaluation des besoins : Services de santé en français à la disposition de la population francophone des Tri-Cities*.
- Schofield, A, et H. Gauthier. 2007. « La Société Santé en français : Un modèle canadien de partenariat qui a fait ses preuves », *Education for Health*, 20 (2): 1-10.
- SSF. 2005. *Bottin des projets FASSP-CMLO*. Ottawa : Société Santé en français.
- SSF. 2006a. *Rapport annuel 2005-06*. Ottawa : Société Santé en français.
- SSF. 2006b. *Déjà des résultats. Rapport d'étape juin 2006*. Ottawa : Société Santé en français.
- SSF. 2006c. *Bilan des projets FASSP-CMLO. Des résultats qui font la différence*. Ottawa : Société Santé en français.
- SSF. 2007. « PP202 - Le projet de mise en valeur: la prestation des soins de santé primaires améliorée à la communauté francophone dans le contexte albertain », <http://santefrancais.ca/rapportfinal2006-2007/pp202.htm>, consulté le 24 février 2012.
- SSF. 2010. *Rapport annuel 2009-10*. Ottawa : Société Santé en français.
- Statistique Canada. 2012. *Le français et la francophonie au Canada*. Document no. 98-314-X2011003.

Taft, Kevin, Mel McMillan et Junaid Jahangir. 2012. *Follow the Money. Where is Alberta's Wealth Going?* Calgary : Detselig Entreprise.

Tremblay, Pierre P. 2012. « Introduction ». *L'administration contemporaine de l'État. Une perspective canadienne et québécoise*. Québec : Presses de l'Université du Québec.

Vézina, Sylvain (ed.). 2007. *Gouvernance, santé et minorités francophones*, Moncton : Éd. de la Francophonie.