

La santé et les minorités linguistiques : l'approche canadienne au regard de cas internationaux

Christophe Traisnel et Éric Forgues

Les enjeux reliés à la santé des communautés francophones en situation minoritaire

Numéro 28, automne 2009

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/044981ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/044981ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Les Presses de l'Université d'Ottawa
Centre de recherche en civilisation canadienne-française

ISSN

1183-2487 (imprimé)

1710-1158 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Traisnel, C. & Forgues, É. (2009). La santé et les minorités linguistiques : l'approche canadienne au regard de cas internationaux. *Francophonies d'Amérique*, (28), 17–46.
<https://doi.org/10.7202/044981ar>

Résumé de l'article

Dans notre article, nous présentons une analyse comparative de l'approche canadienne de l'enjeu de la santé pour les communautés francophones en situation minoritaire (CFSM). Nous montrons que l'État canadien a favorisé une démarche de concertation avec les acteurs communautaires. Notre analyse comparative nous a permis de dégager une typologie des politiques linguistiques en matière de santé destinées aux CFSM. Cette typologie permet de situer l'expérience canadienne par rapport à d'autres expériences, parfois proches, mais présentant des perspectives différentes, comme le montrent les cas finlandais, belge et états-unien. La « voie » canadienne paraît originale dans la mesure où elle semble se situer entre un modèle communautaire, à l'instar des pays européens, et un modèle individualisé, à l'instar de ce qui se fait aux États-Unis.

La santé et les minorités linguistiques : l'approche canadienne au regard de cas internationaux¹

Christophe TRAISNEL

Université de Moncton

Éric FORGUES

Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques

La santé est devenue une préoccupation dominante pour la population canadienne. À cet égard, les communautés francophones en situation minoritaire (CFSM) ont vite constaté l'importance d'obtenir des services de santé de qualité en français (Gilbert *et al.*, 2005). En quelques années, en effet, les intervenants des CFSM ont fait de la santé un nouvel objet de revendication devant se traduire par l'obtention de ressources nécessaires pour accroître les services de santé pour les francophones.

Après la création d'un comité de consultation par le ministre fédéral de la Santé en 2000, ces intervenants se sont mobilisés sur la question de la santé au sein des populations francophones en situation minoritaire à l'échelle du pays, afin de faire un état de la situation et d'élaborer un plan d'action. Cette mobilisation a permis de susciter une réflexion sur l'importance du lien qui unit la langue et la qualité des services de santé de même que sur les inégalités entre les anglophones et les francophones à l'égard des services de santé. Le constat posé alors devient clair : il exige des actions pour améliorer la situation des CFSM en la matière. En effet, les résultats de l'analyse effectuée à cette occasion montrent que les francophones ont moins accès que les anglophones aux services de santé dans leur langue (Comité consultatif, 2001). En vue d'améliorer cette situation, une stratégie et une action communautaires ont été élaborées. Il s'en est suivi, toujours grâce à la mobilisation des CFSM, un essor des services de santé en français de même que l'obtention, à cette fin, des ressources nécessaires. Le rapport entre la langue et la santé des populations alimente

depuis lors la réflexion dans son ensemble, et c'est au titre de ce lien que se justifient les revendications. La création de la Société Santé en français, en 2002, est venue concrétiser ces réflexions. Elle est responsable, entre autres, des axes du réseautage et de l'organisation des services. Voici comment le présente le ministère du Patrimoine canadien :

La création de réseaux provinciaux et territoriaux et de ce réseau national de coopération vient jeter les bases nécessaires à la concertation de tous les partenaires. La Société et les réseaux qui en sont membres souhaitent que tous les partenaires désireux de collaborer à l'amélioration des services de santé en français puissent le faire. C'est pourquoi les règlements de la Société prévoient la représentation de tous les secteurs dans chacune des instances décisionnelles (Patrimoine canadien, 2003).

La formation en santé a connu un développement parallèle, et ce, dès 1999, avec la création du Consortium national de formation en santé (CNFS), lequel vise à développer la formation en français dans le domaine de la santé. Le CNFS se donne aussi pour mission de promouvoir la formation qui sera envisagée dans le rapport du comité consultatif en 2001. Après avoir servi de projet pilote de 1999 à 2003, centré principalement autour de l'Université d'Ottawa, la deuxième phase du CNFS, qui couvre la période allant de 2003 à 2008, se fixe des objectifs plus ambitieux et mobilise une dizaine d'établissements d'enseignement. Concrètement, alors que dans la première phase le CNFS entendait former 90 étudiants francophones en santé, il vise, dans sa deuxième phase, la formation de 2 500 étudiants francophones en cinq ans.

Ces initiatives dans le domaine de la santé ont été reconnues et encouragées dans le *Plan d'action pour les langues officielles*, qui prévoyait un investissement de 119 millions de dollars sur une période de cinq ans afin d'étendre le réseau des services de santé en contexte minoritaire. Ce développement s'est appuyé sur la formation, le recrutement et le maintien en poste de professionnels de la santé (75 millions de dollars), sur une allocation de ressources financières dans le cadre du Fonds pour l'adaptation de soins de santé primaires (30 millions de dollars) et sur le réseautage afin de favoriser la concertation des intervenants concernés par le développement des services de santé (14 millions de dollars).

Dans ce contexte, des réseaux provinciaux se sont constitués dans toutes les provinces au début des années 2000. Au Nouveau-Brunswick, la Société Santé et Mieux-être en français, par exemple, a ainsi vu le jour en 2003 pour coordonner les actions des intervenants en santé au niveau provincial de concert avec son homologue national. Au Manitoba, la Société franco-manitobaine a, pour sa part, établi le conseil Communauté en santé, qui travaillera de près avec la Société Santé en français pour améliorer les services de santé chez les francophones. En Ontario, il existe désormais des réseaux régionaux qui œuvrent à la promotion du développement de services de santé en français, le Réseau des services de santé en français de l'est de l'Ontario. En Colombie-Britannique, le RESO est créé en 2003. Le comité Santé en français de Terre-Neuve et du Labrador est constitué en 2003 pour représenter les intérêts en matière de santé des francophones de Terre-Neuve-et-Labrador.

Face à ces mobilisations communautaires et aux investissements publics conséquents qui en ont découlé, face également aux aménagements que cette politique fédérale pancanadienne a produits dans ce qui constitue d'abord un secteur d'intervention de compétence provinciale, nous pouvons nous interroger sur les formes que prennent les politiques consacrées aux services de santé destinés aux CFSM, sur leur cohérence et leur unité. Nous pouvons également nous demander si ces prestations de services de santé au sein des CFSM constituent un « modèle » au regard de ce qui se pratique ailleurs en la matière. Autrement dit, en cherchant à étendre le réseau des services de santé en français, vise-t-on à adopter un modèle de santé qui soit réellement adapté à la situation des francophonies canadiennes en situation minoritaire et à leurs besoins dans le secteur de la santé?

Avant de répondre à cette question, nous situerons dans un premier temps la problématique de la recherche, pour ensuite préciser les dimensions qui feront l'objet de l'analyse, en fonction, notamment, du concept de régime distinct de citoyenneté (Jenson, 1997 et 1998). Nous mettrons ainsi en lumière les trois dimensions de la configuration des rapports entre la santé et la communauté linguistique en situation minoritaire. Nous serons alors en mesure de distinguer deux types d'approches en matière d'aménagement de l'accès aux soins de santé destinés à ces communautés linguistiques: l'approche individuelle, de type états-unien, et les approches communautaires, de types belge et finlandais. Par la suite, nous chercherons à situer la « voie »

canadienne à la lumière de ces approches extérieures. Nous présenterons enfin, en conclusion, une lecture du cas canadien, qui nous paraît éclairante du point de vue du régime non pas distinct, mais « aménagé » de citoyenneté, vu sous l'angle de la santé, qui s'est, selon nous, développé au Canada et qui constitue la particularité de l'expérience canadienne en la matière.

Problématique

La « voie » canadienne

À Santé Canada, c'est le Bureau d'appui aux communautés de langue officielle qui est chargé de la mise en œuvre de la partie VII de la *Loi sur les langues officielles (LLO)*². Dans la foulée du *Plan d'action pour les langues officielles*, Santé Canada a créé le Programme de contribution pour l'amélioration de l'accès aux services de santé pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire. Son objectif est

[...] d'améliorer les services de santé destinés aux communautés minoritaires de langue officielle, de favoriser un meilleur accès aux services de santé et de répondre aux besoins des communautés. À la longue, ces objectifs permettront d'améliorer l'état de santé de ces communautés et d'accroître l'efficacité générale du système de santé (Santé Canada, 2005).

Pour atteindre ces objectifs, deux priorités sont privilégiées à partir des objectifs découlant des consultations avec les communautés : « l'appui à la constitution de réseaux, ainsi qu'à la formation et au maintien en poste des professionnels de la santé ». Notons cependant que cinq objectifs avaient été retenus au cours des consultations communautaires : 1) le développement et la mise en place de système d'information sur la santé des francophones (répertoires des professionnels de la santé et des lieux pouvant offrir un service en français, campagne de sensibilisation et de promotion adaptée aux spécificités et aux réalités régionales, accessibilité à la documentation pertinente en français pour les professionnels et la population) ; 2) le développement de certains outils associés à la télémédecine (adaptation et implantation de centres d'appel du type télésanté, mise en place d'un portail Web à l'intention des professionnels francophones) ; 3) la mise en place de structures

facilitant la coordination, l'animation, l'organisation du milieu francophone (développement de maillage ou jumelage entre institutions de santé, développement de liens, de partenariats, d'alliances entre le réseau de la santé et d'autres réseaux pertinents; 4) l'appui à la promotion des carrières en santé (efforts de décentralisation de la formation professionnelle de la santé, encouragement financier à l'établissement en milieu francophone, développement de programmes adaptés aux besoins des communautés francophones, exploration d'avenues de recrutement hors régions et hors pays); 5) l'implantation de centres multiservices (développement de structures d'accueil en français, participation des francophones aux structures décisionnelles du milieu de la santé, présence partielle ou complète des francophones dans la gestion des lieux).

Selon les analyses faites par les communautés francophones, certains objectifs devaient être privilégiés en fonction de la réalité des communautés: les communautés à faible densité devaient miser sur les moyens informatiques et technologiques pour répondre à leurs besoins de services de santé; les communautés à moyenne densité devaient miser sur les structures d'accueil, les réseaux et les technologies (mais les deux autres objectifs restaient souhaitables); et les communautés à forte densité devaient miser sur la formation et les structures d'accueil (mais les autres objectifs restaient souhaitables). Autrement dit, selon les analyses, les objectifs de réseautage répondraient mal aux communautés à faible densité, et l'objectif de la formation répondrait mal à ces mêmes communautés et à celles à moyenne densité.

Parmi les objectifs définis, deux sont retenus en priorité pour toutes les CFSM: le réseautage et la formation. L'objectif de réseautage s'est traduit par la création d'organismes de santé dans les provinces, qui sont les homologues provinciaux de l'organisme national Société Santé en français. Les activités de réseautage pour 2003-2004 ont visé « la structuration, la sensibilisation, l'appel de propositions pour l'organisation de services, et la création de liens inter-provinciaux et nationaux » (Société Santé en français, 2004). La Société Santé en français poursuit l'objectif de réseautage en informant différents organismes qui œuvrent dans le domaine de la santé de la réalité des CFSM.

L'objectif de la formation et de la recherche est confié au CNFS et à ses partenaires, qui sont les universités francophones en situation

minoritaire. Le CNFS veille à promouvoir la formation de nouveaux professionnels de la santé tout en précisant les besoins des communautés en fait de personnel, en favorisant l'insertion des professionnels de la santé dans les communautés francophones, la création de programmes de formation dans les communautés et les partenariats, et la concertation entre les partenaires.

L'analyse faite par Marc Johnson et Paule Doucet du concept de vitalité montre l'importance de l'éducation, de l'accès à des services gouvernementaux et à la santé sur la vitalité des CFSM. L'éducation, par exemple, joue un rôle central dans cette vitalité :

La problématique du développement des ressources humaines dans les communautés de langue officielle en situation minoritaire est donc, comme dans toutes les communautés périphériques à l'ère de l'économie du savoir [...] un facteur clé de la vitalité (Johnson et Doucet, 2006 :12).

En ce sens, l'objectif du développement des capacités de formation et de recherche dans le domaine de la santé au sein des CFSM contribue à leur vitalité. L'objectif de la formation vient combler un besoin important et permet de développer les capacités de formation dans le domaine de la santé.

L'accès aux services gouvernementaux, dont les services de santé, semble également contribuer à la vitalité des communautés de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM).

Les services gouvernementaux offerts aux CLOSM, prévus par le cadre juridique et législatif, constituent un facteur de vitalité et, sans doute, l'un des dossiers de revendication les plus actifs au sein des CLOSM. Auger, par exemple, a utilisé, à titre d'indicateurs de la vitalité des minorités, l'accès à ces services dans sa langue et les perceptions à l'égard des services [...] Les plus récents progrès en cette matière touchent les secteurs de l'éducation, du développement économique et de la santé où les gouvernements et les communautés ont convenu conjointement des modalités de développement (*ibid.*: 14).

Ainsi, il semble donc pertinent de traduire la partie VII de la LLO par des mesures qui visent à favoriser l'accès aux services de santé. Cependant, il est permis de se demander si le choix de ces deux prio-

rités écarte d'autres facteurs importants sur le plan du développement des CLOSM. Par exemple, le développement institutionnel est un facteur clé de la vitalité. La notion de complétude institutionnelle, conçue par Raymond Breton, en rend bien compte. Selon sa conception, la complétude institutionnelle renvoie à « [...] la présence, plus ou moins grande, d'organisations formelles dans une communauté offrant des services à ses membres [...] » (*ibid.*: 33). Cet objectif favorise, en d'autres mots, le contrôle institutionnel, un autre facteur de vitalité. Richard Y. Bourhis et Dominique Lepicq définissent ainsi le contrôle institutionnel comme facteur de vitalité: « Le contrôle institutionnel officiel réfère au niveau atteint par les membres d'un groupe linguistique dans la gestion et la prise de décision au sein des institutions privées et publiques d'un État: [...] services sociaux, justice, santé [...] » (2004 : 6).

Or, l'initiative de Santé Canada ne vise pas formellement le développement institutionnel de services de santé en français en dépit des demandes faites en ce sens dans les consultations communautaires. Cette situation peut s'expliquer par la complexité d'un tel objectif dans le contexte fédéral canadien et le partage des compétences en matière de santé (Daniel Bourgeois *et al.*, 2006). Cependant, l'objectif demeure envisageable puisque la mobilisation pour l'obtention de services de santé en français pour les francophones intègre les intervenants des niveaux fédéral, provincial et communautaire.

Santé et vitalité des communautés francophones en situation minoritaire

La santé apparaît de plus en plus liée au développement, à la vitalité et à l'identité des CFSM. Plus précisément, la gouvernance, l'accès aux services de santé et l'existence des professionnels de la santé contribuent, aux yeux des intervenants francophones, à l'épanouissement de leur communauté. Il importe de voir jusqu'à quel point les CFSM disposent des capacités organisationnelles pour atteindre leurs objectifs de développement dans le domaine de la santé en français et quelles sont les conditions qui sont réunies pour établir un modèle de développement et de prestation des services de santé qui respecte les caractéristiques de leur population. Sachant que la gestion des services de santé relève des provinces et que les contextes institutionnels dans la prestation des services de santé diffèrent d'une province à l'autre, de quelle marge de manœuvre les CFSM disposent-elles pour concevoir des modèles de santé adaptés à leurs besoins?

Objectifs et démarche d'analyse

Parallèlement à l'importance que prend l'enjeu de la santé pour les CFSM, le champ de la recherche sur la santé des populations francophones se développe. Le CNFS fait la promotion de la recherche et contribue à son développement suivant trois axes : 1) les déterminants de la santé, 2) la gouvernance, la gestion et la prestation des services de santé et 3) la langue, la culture et la santé. Les travaux du Réseau interdisciplinaire de recherche sur la santé des francophones en situation minoritaire (RISF) contribuent à l'avancement des connaissances sur les premier et troisième axes (voir la présentation du RISF et de ses activités sur le site Web suivant www.risf.ca). Le deuxième axe a donné lieu, par ailleurs, à des travaux menés par Pier Bouchard et Sylvain Vézina sur la gouvernance et la participation citoyenne à la prise en charge des besoins en santé (Vézina, 2007; Vézina et Bouchard, 2007).

Notre problématique s'inscrit également dans le deuxième axe de recherche et jette un éclairage sur l'enjeu de la gouvernance à partir d'une perspective comparative. Nous chercherons à établir, dans une perspective comparative, les rapports existant entre l'enjeu de la santé et les communautés linguistiques en situation minoritaire. Nous voulons situer l'approche canadienne en matière de politiques de santé visant les communautés de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM), et notamment la communauté francophone, à la lumière d'expériences différentes à l'étranger. À cette fin, nous privilégions une approche qui nous permettra de faire apparaître les processus d'ajustement de deux enjeux qui répondent à des logiques différentes : un enjeu tenant à l'*accès aux soins de santé*, qui se pose de manière universelle pour tous les citoyens, et un enjeu tenant aux *droits linguistiques*, qui se pose d'une manière particulière pour les communautés de langue officielle.

La question que nous posons est la suivante : dans les sociétés qui connaissent une forme plus ou moins marquée de diglossie, comment doit-on aménager une reconnaissance particulariste et communautaire basée sur la langue au regard des besoins plus universels et individuels comme celui de la santé ? Autrement dit, quelle est la place de la santé dans l'aménagement de la reconnaissance d'une communauté fondée sur la langue, sachant que le facteur linguistique joue un rôle clé dans la question de l'accès aux soins de santé, et, inversement, quelle place

occupe la question linguistique dans l'aménagement d'un meilleur accès aux soins de santé en situation de diglossie?

Proposer une réponse à cette question implique une mise en perspective de l'expérience canadienne en la comparant avec des cas qui, bien que différents en ce qui concerne les configurations institutionnelles, les formes de gouvernance ou de politiques linguistiques, connaissent chacun l'existence d'une ou de plusieurs communautés linguistiques en situation minoritaire.

Dans cette perspective, nous avons d'abord effectué une recherche documentaire élargie et de nature exploratoire dans le but d'inventorier et de repérer les cas de communauté linguistique disposant d'une forme de reconnaissance politique plus ou moins importante, pour ensuite repérer les cas au sein desquels il existe des politiques spécifiques ou aménagées quant à l'accès aux soins de santé par ces minorités linguistiques (Forgues, Traisnel et Létourneau, 2006). Par la suite, nous avons cherché à retenir les cas les plus pertinents au regard de l'expérience canadienne en vue d'approfondir notre analyse, dans chacun de ces contextes particuliers, des rapports entre l'enjeu linguistique et l'enjeu de l'accès aux soins de santé. Pour ce faire, nous avons choisi deux cas d'aménagement des politiques d'accès aux soins de santé « communautarisés » (cas de la Belgique et celui de la Finlande) et un cas d'approche individualisée, celui des États-Unis, ce pays ayant, lui aussi, adopté des politiques linguistiques en matière d'accès aux soins de santé. La confrontation de ces trois cas, différents du cas canadien, nous permettra de mieux cerner l'originalité et la particularité de l'expérience canadienne, tout en mettant à l'épreuve de la comparaison le continuum que nous proposons quant à l'analyse des politiques linguistiques dans le domaine de l'accès aux soins de santé destinés aux CLOSM. Comme nous le verrons, dans le continuum que nous avons construit en vue de classer ces cas inventoriés, et que nous présentons plus bas, le cas canadien se situe entre les expériences « communautarisées » et les expériences « individualisées ».

Approches et dimensions de l'analyse

L'enjeu linguistique en matière de santé peut se poser de plusieurs façons, selon le contexte général de la situation linguistique vécue par les communautés et la définition qu'elles donnent de l'enjeu linguis-

tique. Un numéro du *Bulletin suisse de linguistique appliquée* portant sur la communication en milieu hospitalier permet de préciser l'enjeu linguistique dans le domaine de la santé. La question de l'accès aux soins dans la langue du patient y occupe une place centrale. Le constat de Laurent Gajo nous intéresse ici plus particulièrement :

Pour garantir aux ressortissants des différentes communautés linguistiques un accès aux soins dans leur propre langue, la question est de savoir s'il s'agit de mettre plus de bilinguisme dans les institutions ou alors de créer et garantir des institutions séparées. Le problème est que les minoritaires connaissent suffisamment la langue de la majorité, surtout dans la situation canadienne, pour renoncer à leurs droits ou choix linguistiques au profit d'autres critères, comme la réputation d'un hôpital. [...] L'examen de ces situations demande une forte prise en compte du contexte socio-politique et sociohistorique (2001 : 147).

Normand Labrie et ses collaborateurs, dans le même numéro, vont plus loin :

La santé joue un rôle important dans la construction de l'identité des minorités linguistiques, car c'est le champ où le corps social rejoint le corps individuel. En développant un système de santé opérant dans la langue minorisée, la communauté linguistique cherche à échapper collectivement au contrôle social exercé par la société dominante, en même temps qu'elle devient en mesure d'exercer une forme de contrôle social sur ses propres membres (2001 : 204-205).

Ce numéro consacré au rapport entre la santé et la langue couvre en fait non seulement la question de l'accès aux soins en milieu minoritaire, mais aussi toutes les autres situations dans lesquelles se pose, pour le système de santé, la question de la communication entre le patient et le praticien. Il illustre en fait deux questions. D'une part, celle du lien existant entre le système de santé et le malade par rapport à la qualité des soins : comment garantir au malade un accès aux soins sans barrière linguistique entravant sa communication avec le système de santé ? D'autre part, celle des droits collectifs pour les communautés linguistiques en situation minoritaire et leur rôle dans la définition d'un système de santé adapté : dans quelle mesure le secteur de la santé peut-il contribuer au développement et au renforcement de la vitalité des communautés de langue en situation minoritaire ?

La réponse à la première question fait davantage appel aux droits individuels, voire à une problématique de gestion organisationnelle, tandis que la réponse apportée à la seconde question fait davantage appel à la reconnaissance politique d'une communauté linguistique. Nous le verrons, la réalité est telle que ces deux enjeux ne sont pas toujours aussi distincts. Cependant, selon l'angle sous lequel est envisagé l'enjeu de la santé pour les communautés en situation minoritaire, les réponses sociopolitiques varient.

Approche communautaire et approche individuelle

Deux démarches paraissent s'interpeller dans la plupart des études consacrées à la problématique de la santé en regard de la situation minoritaire :

1. L'approche visant la communauté de langue officielle en situation minoritaire, c'est-à-dire selon les droits collectifs à des services, voire à des institutions dans la langue de la communauté lorsque cette langue minoritaire (ou cette communauté minoritaire) jouit d'un statut officiel. Chaque communauté de langue officielle doit ainsi avoir la possibilité de développer ses institutions et ses services de santé afin de bénéficier de soins de santé dans la langue officielle, qu'elle soit majoritaire ou minoritaire.
2. L'approche visant la qualité des soins de santé, c'est-à-dire celle qui concerne, d'abord, la garantie donnée à chaque individu qu'il est en droit d'obtenir un service optimal de santé, notamment dans la communication entre le patient et le personnel. Cette perspective rejoint celle de l'étude réalisée par Santé Canada (2001), qui montre que les barrières linguistiques à l'accès aux soins de santé produisent des effets négatifs sur la qualité des soins dispensés.

Cette dernière approche n'est pas étrangère au droit de tout citoyen de recevoir des soins de qualité, lorsque ce droit est, bien entendu, reconnu dans le pays. La reconnaissance du droit à la santé est étroitement liée à la reconnaissance des droits de la personne, qui comprennent le droit à la vie et à l'intégrité physique et morale. Dans sa *Constitution* adoptée en 1946, l'Organisation mondiale de la santé déclare: « La possession du meilleur état de santé qu'il est capable

d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain » (1946 : 1). Le libellé de l'article 25 de la *Déclaration des droits de l'Homme*, adoptée en 1948, commence par les mots suivants : « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille... ». Le *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*, signé en 1966 et entré en vigueur en 1976, prévoit une disposition relative au droit à la santé : « Les États parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre » (art. 12). En 2000, un document vise à préciser l'application de cet article (Nations-Unies, 2000).

Ce n'est donc que récemment qu'on a cherché à préciser la nature de ces droits, leur signification, et à les appliquer dans les instances internationales. Dans la perspective du droit, la problématique de l'accès se pose généralement en fonction des barrières économiques qui peuvent limiter l'accès aux soins, mais les barrières linguistiques et culturelles font aussi problème. La *Loi canadienne sur la santé* « a pour objet de veiller à ce que tous les résidents admissibles du Canada aient, selon des conditions raisonnables, accès aux services assurés qui sont médicalement nécessaires sans avoir à déboursier directement pour ces services au point de service ». C'est au nom de ces droits individuels, combinés aux droits reconnus aux communautés de langue officielle, que peuvent être revendiqués des soins adaptés culturellement et linguistiquement, surtout lorsque la présence des groupes linguistiques est importante.

Les exigences établies sont donc de deux types : celles qui visent tout citoyen et celles qui visent les communautés de langue officielle. Selon le poids que nous accordons à ces exigences, l'approche sera davantage de type individuel ou de type collectif. D'ailleurs, chacune n'est nullement exclusive : elles désignent plutôt les termes d'un continuum dans le traitement de la question linguistique par rapport aux services de santé, allant d'une approche axée surtout sur les droits individuels et sur l'efficacité des services de santé à une approche s'intéressant davantage aux droits linguistiques des communautés en situation minoritaire.

Dans le cadre des approches communautaires, un concept apparaît particulièrement éclairant pour saisir les ressemblances et les différences entre les cas à l'étude et, par conséquent, mieux situer l'expé-

rience canadienne au regard de ce qui se fait ailleurs en la matière. Il s'agit du concept de *régime de citoyenneté*, introduit d'abord par Jane Jenson dans une série d'articles sur la citoyenneté et l'identité au Canada (Jenson, 1997 et 1998; Jenson et Papillon, 2000).

D'après elle, le régime de citoyenneté « sert à décrire les règles, conventions et arrangements institutionnels qui orientent et façonnent les différentes décisions et dépenses de l'État, la façon dont les citoyens et l'État définissent les problèmes, et la façon dont les citoyens expriment leurs revendications » (Jenson, 1998 : 238). Ce concept permet de saisir les différences de configuration de trois dimensions constitutives de la citoyenneté : les *droits*, ou, plus précisément, le genre de droits que les citoyens peuvent légitimement revendiquer ; l'*accès*, ou les mécanismes de participation et de gouvernance qui assurent à la communauté sa représentation ; et l'*appartenance*, ou l'idée que les citoyens se font de la communauté à laquelle ils appartiennent.

Ces trois éléments constitutifs de la citoyenneté peuvent donner lieu à différentes configurations caractérisant des régimes distincts de citoyenneté au sein d'un même État. Ils favorisent des formes asymétriques de représentation politique, l'aménagement d'une forme de gouvernance communautaire territorialisée ou non, des définitions précises des droits collectifs (dans l'optique, entre autres, de l'aménagement du partage des compétences) et des définitions de l'identité commune (à la lumière des débats politiques qui animent les communautés locales). Bien évidemment, le secteur de la santé est concerné par ces trois éléments constitutifs de la citoyenneté.

Sur le plan des *droits*, il s'agit de savoir quels « droits à la santé » les citoyens peuvent revendiquer. Par rapport à l'existence d'une communauté linguistique minoritaire reconnue, la question est de savoir si les droits en matière de santé sont définis en fonction des attentes et des besoins particuliers de cette communauté, autrement dit, si le « fait minoritaire » a des conséquences dans l'aménagement de ces droits.

S'agissant de l'*accès*, là aussi la question de la santé apparaît au premier chef. Il s'agit notamment de concevoir le secteur de la santé non plus seulement comme un ensemble de droits, mais également comme une *compétence politique*, de déterminer de quelle manière cette dernière se partage (ou non) entre plusieurs paliers gouvernementaux. Pour la communauté linguistique minoritaire, il s'agit de savoir, cette

fois, si l'aménagement *distinct* de la gouvernance et des formes de représentation politique de cette communauté a une influence sur l'exercice de ces compétences.

Pour la question de l'*appartenance*, il s'agit notamment de savoir quel rôle joue la santé dans l'idée même que se font les citoyens de leur communauté et la manière dont ils l'imaginent. La santé est considérée au Canada et dans bien d'autres sociétés comme un secteur essentiel et comme une priorité dans le cadre d'un État providence. Elle entre bien souvent, même implicitement, dans la définition que donnent les citoyens de leur communauté. Pour les communautés de langue en situation minoritaire, la question est de savoir comment la communauté intègre le sujet de la santé dans ses revendications linguistiques et identitaires, si cette communauté produit sur la santé un débat *distinct* et sur quels critères est définie cette distinction.

Voyons maintenant comment nous pouvons utiliser ce cadre d'analyse pour saisir la voie suivie par le Canada en la matière, et si cette voie diffère ou, au contraire, rejoint d'autres cas d'aménagement du secteur de la santé en fonction de considérations linguistiques.

Finlande, Belgique, États-Unis : mise en perspective comparative du cas canadien

Le cas des États-Unis : une approche de type individuel

Le cas des États-Unis est intéressant en ce qu'il se situe à l'un des pôles de notre continuum. Il s'inscrit dans une approche individualisée des droits linguistiques en matière de santé, bien à part des approches « collectives » constatées en Belgique, en Finlande et au Canada. Notons d'entrée de jeu qu'aucune langue (ce qui comprend l'anglais) n'a le statut formel de langue officielle aux États-Unis. Conséquemment, aucune politique strictement linguistique n'a jamais été adoptée. La reconnaissance des droits des minorités linguistiques, ou plutôt leur protection contre la discrimination, s'établit dans le cadre des droits civils américains, qui protègent les individus contre la discrimination fondée sur des critères ethniques, religieux, physiques (handicap). On ne peut donc parler, pour les minorités linguistiques américaines, d'un quelconque régime distinct de citoyenneté qui serait reconnu au profit de tel ou tel groupe. Par exemple, l'intitulé VI du

Civil Rights Act of 1964 protège la participation des groupes minoritaires aux programmes financés par l'État américain.

*No person in the United States shall, on ground of race, color or national origin, be excluded from participation in, be denied the benefits of, or be subjected to discrimination under any program or activity receiving Federal financial assistance*³.

Il est à noter que cet extrait ne mentionne pas explicitement le critère linguistique comme facteur d'exclusion potentielle. La disposition VI du *Civil Rights Act* a été renforcée en 2000 par un décret (n° 13166) visant à améliorer l'accès aux services publics financés par l'État des personnes qui ont des compétences linguistiques limitées en anglais (*Limited English Proficiency*). Se fondant, entre autres, sur l'intitulé VI du *Civil Rights Act*, ce décret rappelle que les hôpitaux doivent offrir des services qui sont culturellement et linguistiquement appropriés (Perkins, 2003). Chaque organisme de santé financé par l'État doit élaborer et adopter un plan de mise en œuvre de mesures propres à améliorer l'accès aux services de santé dans la langue des patients.

Comme nous l'avons mentionné, l'aménagement linguistique des services de santé aux États-Unis se fait dans un contexte juridique qui conduit d'abord à lutter contre les situations de discrimination. En bref, les citoyens américains qui ont des compétences linguistiques limitées en anglais (CLLA) ont le droit d'avoir accès aux mêmes services de santé que les anglophones. La motivation d'offrir des services linguistiquement appropriés provient aussi des analyses qui montrent des disparités linguistiques en matière de santé et d'accès à des soins de santé de qualité (Forgues, Traisnel et Létourneau, 2006). Les erreurs et les complications médicales pouvant résulter de problèmes de compréhension en raison de la langue constituent un autre facteur qui incite les centres de santé à offrir des services de santé linguistiquement appropriés.

Il s'agit donc, en premier lieu, d'améliorer le service en concevant la question linguistique comme un problème qui concerne certains individus, et non comme une forme quelconque de reconnaissance communautaire. Les efforts qui sont faits tendent surtout à offrir aux individus des services de santé linguistiquement et culturellement appropriés. Ils visent à éliminer les situations de discrimination, à réduire, voire à éliminer, les disparités en matière de santé, à rendre les

services de santé accessibles dans la langue des personnes qui ont des CLLA et, enfin, à garantir à ces dernières la qualité des soins de santé. La plupart des efforts se concentrent ainsi sur l'implantation de services d'interprètes, la traduction des documents « vitaux », le recrutement de ressources humaines bilingues et sensibles à d'autres contextes culturels, et l'information concernant l'existence de services de santé bilingues et les sujets relevant du domaine de la santé. En outre, il existe des initiatives locales dans certains États de même que plusieurs initiatives associatives pour défendre les droits et les intérêts des communautés linguistiques en matière de santé. Certaines sont à l'origine de l'adoption de mesures concrètes pour offrir des services de santé adaptés aux minorités linguistiques.

Les approches communautaires

Les cas européens se situent à l'autre extrémité du continuum en favorisant une reconnaissance des droits collectifs sur une base communautaire, et non pas individuelle.

La Finlande. La situation des Suédois de Finlande est un cas particulièrement intéressant pour le Canada. Les Suédois représentent environ 6 % de la population, soit 300 000 personnes sur 5,2 millions de Finlandais, et habitent surtout sur la côte sud et dans l'archipel des Aaland, qui est un cas à part en Finlande. L'État finlandais est officiellement bilingue.

Pour la question de l'appartenance, il faut noter que, dès l'indépendance en 1919, les suédophones se sont mobilisés, avec l'aide de la communauté internationale, pour assurer la reconnaissance de leur statut, en créant une assemblée à l'échelle de la Finlande, qui a survécu et qui contribue à l'expression politique des Suédois, en jouant un rôle de vigile nationale sur tout le territoire de la Finlande et d'organe politique de représentation pour la communauté (Jungner, 2005). Cette institutionnalisation de type communautaire a permis à la minorité suédophone d'entretenir une forme d'appartenance distincte, en particulier au sein de l'archipel des Aaland, où elle est très majoritaire.

S'agissant d'accès et de gouvernance, cette assemblée suédoise rassemble les représentants suédois de tous les partis présents au Parlement finlandais. Soixante-quinze délégués représentant six orientations politiques différentes, allant de la gauche à la droite, jouent ainsi

le rôle d'institution représentative de la communauté suédoise. Autre élément concernant la gouvernance: malgré un État de type unitaire, un échelon est particulièrement important en Finlande, celui de la municipalité, dont l'administration repose sur le principe de l'autonomie. Les responsabilités municipales sont très étendues et les autorités municipales sont chargées de la mise en œuvre des politiques de santé et des politiques linguistiques dans le respect des règles nationales.

Quels sont ensuite les *droits* des Suédois en matière d'accès aux soins dans leur langue? Ces droits diffèrent en fonction du statut linguistique des municipalités. En effet, deux statuts linguistiques définissent quatre types de municipalités: bilingues (majoritairement finnophone ou suédophone) ou unilingues (finlandaise ou suédoise), un statut linguistique des municipalités qui évolue en fonction des résultats du recensement (tous les dix ans)⁴. Il y a ainsi en Finlande 39 municipalités bilingues (sur 446), dont 22 à majorité suédoise. Une loi récente (2000) est venue renforcer les droits visant l'accès aux soins de santé dans la langue minoritaire, notamment pour les suédophones ne résidant pas dans les municipalités qui sont titulaires de droits spéciaux relativement à l'accès aux soins en suédois.

Nous nous trouvons donc face à un système de reconnaissance fondé à la fois sur une base territoriale et communautaire, dans lequel les institutions municipales jouent un rôle de premier plan, tant en ce qui concerne la représentation de la communauté linguistique qu'en ce qui a trait à l'accès aux soins de santé. La situation est bien distincte de celle du Canada, où on a préféré, comme nous le verrons, adjoindre un certain nombre de services venant appuyer l'accès aux soins de santé dans la langue de la minorité à l'échelle provinciale et en fonction des politiques en matière de santé définies par les provinces.

La Belgique. Pays de plus de 10 millions d'habitants, sur un territoire de près de 30 500 kilomètres carrés (moins de la moitié du Nouveau-Brunswick), la Belgique est à plusieurs égards un cas intéressant de comparaison avec le Canada⁵. Deux situations sont particulièrement instructives par rapport aux francophonies minoritaires canadiennes: les Flamands de Bruxelles et la Communauté germanophone⁶.

Les Flamands de Bruxelles. En matière d'appartenance, on peut dire que la configuration du statut de Bruxelles comme ville-région bilin-

gue découle, en grande partie, des tensions communautaires qui agitent ses deux principaux groupes linguistiques : la communauté de langue flamande, au nord-ouest, et la communauté francophone, au sud-est. Sur le plan linguistique, c'est le principe de territorialité qui s'applique : en Flandre, le flamand s'impose, tandis qu'en Wallonie, c'est le français. Seules exceptions, sur une base territoriale : la Communauté germanophone, on le verra, les communes dites « à facilité » et, enfin, la région de Bruxelles-Capitale, officiellement bilingue et composée d'une très forte majorité francophone enclavée en territoire flamand. Inutile de dire que la situation demeure très conflictuelle en ce qui a trait aux questions linguistiques, et Bruxelles demeure tout autant la principale pomme de discorde communautaire que l'un des principaux garde-fous des menaces de séparation, comme l'actualité de la Belgique ne cesse de le montrer. Le secteur de la santé à Bruxelles est un peu à l'image des rapports linguistiques entre les communautés : conflictuel, et ce conflit s'exporte, notamment devant le Conseil de l'Europe, où la Communauté flamande n'hésite pas à exposer ses griefs concernant les services de santé et le respect des droits linguistiques de la minorité néerlandophone de Bruxelles. La question des appartenances linguistiques a donc tendance à structurer le système de santé lui-même.

Quant à *l'accès et à la gouvernance*, en Flandre, Communauté et Région ont fusionné, ce qui n'est pas le cas en Wallonie, à Bruxelles et en Communauté française. Les compétences de ces entités ont été redéfinies entre les deux échelons (communautaire, d'une part, et régional, d'autre part) au profit des régions et d'une gestion concertée, communautaire, de certains dossiers concernant les « droits personnalisables », dont la santé. La région de Bruxelles-Capitale dispose de ses propres institutions, qui sont compétentes notamment dans les secteurs néerlandophone et francophone de la santé publique. Une « Commission communautaire commune » a été créée pour exercer ces compétences communautaires à Bruxelles.

Quelles conséquences cela produit-il sur les *droits en matière de santé*? La situation très complexe de Bruxelles conduit pratiquement à un système de santé bruxellois bicommunautaire, adapté en quelque sorte à la situation linguistique particulière d'une ville très majoritairement francophone, mais enclavée dans une région proche, très majoritairement néerlandophone et très soucieuse de disposer dans sa langue de tous les services de soins⁷. Pour illustrer la situation, prenons

la question de l'organisation des hôpitaux. Trois catégories d'hôpitaux sont à distinguer concernant l'accès aux soins dans la langue du patient à Bruxelles, catégories qui correspondent à trois types d'obligations linguistiques : les hôpitaux universitaires ont choisi de se rattacher à la Communauté flamande ou à la Communauté française. De statut monocommunautaire (de communauté flamande ou francophone), ces hôpitaux ne sont pas légalement tenus d'offrir des services dans l'autre langue, à l'exception des services d'urgence. La seconde catégorie est constituée des hôpitaux privés de la région de Bruxelles qui ont, quant à eux, le choix entre les deux statuts (institution monocommunautaire ou bicommunautaire), car les associations privées (ce que sont les hôpitaux privés) ne sont pas liées par les lois concernant le bilinguisme. Cependant, agréés en tant qu'institutions bicommunautaires et recevant de ce fait des subventions émanant du budget de la Commission communautaire commune, ils doivent fournir des services dans les deux langues, même s'ils ne sont pas soumis à inspection (Conseil de l'Europe, 2002). Enfin, les « autres hôpitaux publics » constituent la troisième catégorie. « Institutions bicommunautaires », ils doivent, quant à eux, respecter les règlements linguistiques prévoyant un véritable bilinguisme, à l'instar des autres « centres publics d'aide sociale ».

Le respect des droits linguistiques fait l'objet d'un contrôle sourcilieux et multiple. Outre la Commission communautaire commune, le gouverneur et le vice-gouverneur de la région de Bruxelles-Capitale, la Commission permanente de contrôle linguistique, l'Interhospitalière régionale des infrastructures de soins, le Conseil d'État et, maintenant, le Conseil de l'Europe exercent également des formes de surveillance en la matière.

À l'instar du cas finlandais, la minorité flamande de Bruxelles jouit d'une reconnaissance institutionnelle à l'échelle de la Région. Un peu à l'image du dualisme encore effectif au Nouveau-Brunswick en matière de santé, les Bruxellois de langue flamande, en dépit de leur situation minoritaire, bénéficient cependant d'une politique de bilinguisme officiel « adapté » qui leur garantit, notamment en matière de santé, l'accès à des services dans leur langue, ces services étant bicommunautaires, définis et organisés sur une base communautaire en fonction des affiliations choisies par les établissements, ou en fonction de leur statut d'établissement public.

Le cas des germanophones de Belgique. Il existe un autre cas très intéressant en Belgique, celui de la situation de la Communauté germanophone. La Belgique compte trois langues officielles : le néerlandais, le français et l'allemand, qu'on oublie souvent. La Communauté germanophone présente un modèle d'aménagement communautaire sur une base également territorialisée, *municipale*, et sur le territoire d'une entité fédérée (en l'occurrence, la Wallonie) participant à un tel aménagement.

S'agissant d'appartenance et de débats politiques, il faut retenir que le statut de la Communauté germanophone est lui aussi, pour partie, le produit des conflits communautaires que nous avons mentionnés précédemment entre Flamands et francophones. La Communauté germanophone est une entité politique autonome comprenant 71 000 personnes sur un territoire de 854 kilomètres carrés (neuf communes).

S'agissant des questions de l'accès et de la gouvernance, il importe de noter que l'administration communautaire se limite aux neuf communes majoritairement germanophones. Cependant, les germanophones habitant à l'extérieur de la Communauté, mais dans des communes dites « à facilité » en Région wallonne, disposent de droits linguistiques, entre autres, en matière de santé. Après toute une série de transferts de compétences, les matières relatives à la politique de la santé (hôpitaux, centres publics d'aide sociale) ont été confiées, en grande partie, à la Communauté. Le palier fédéral conserve cependant ses compétences dans certains domaines, comme celui de l'assurance médicale, de l'assurance invalidité, et dans le financement d'établissements de soins.

De quels droits les germanophones de Belgique sont-ils titulaires ? Un peu comme en Finlande, leur étendue dépend, pour partie, du lieu de résidence (Communauté germanophone, dans les communes à facilité ou dans une commune francophone ou néerlandophone sans facilité). Selon le lieu de résidence, les soins, l'accès à l'information, la langue employée dans les institutions ou dans la formation des membres du personnel seront soit bilingues – allemand et français (au sein de la Communauté germanophone, la prédominance favorisant nettement l'allemand) –, soit aménagés (communes à facilité), soit unilingues français.

En général, les services de santé fonctionnent en allemand au sein de la Communauté germanophone, bien que les usagers aient le choix entre l'usage de l'allemand ou du français⁸. Une fois de plus, ce cas se distingue du cas canadien dans la mesure où l'étendue des services en allemand dépend du statut de la municipalité, et donc de la reconnaissance, territorialisée, de la communauté.

Ainsi, les cas européens (les suédophones, les germanophones, les Flamands) montrent qu'il est possible d'envisager une forme d'autonomie à une échelle très locale (municipale).

Le cas des francophonies minoritaires canadiennes face au défi de la santé en français

Accès et gouvernance morcelée. Concernant l'accès et la gouvernance, le Canada connaît, en matière de santé, une responsabilité partagée, provinciale d'abord, mais également fédérale, comprenant toute une panoplie d'organismes, allant de Santé Canada aux régies régionales. En ce qui concerne les francophonies minoritaires, l'organisation des services de santé est complexe, diversifiée, asymétrique, en somme, morcelée en fonction des droits reconnus ou non aux minorités francophones d'une province à une autre. Les organismes communautaires sont cependant de plus en plus associés à l'aménagement du système de santé, tandis que sont créés, dans le secteur de la santé, des organismes spécialisés capables de faire le lien entre gouvernements et communautés. Concernant l'accès aux services de santé, l'approche passe moins par le développement d'infrastructures et d'institutions de santé spécifiques, à l'instar des cas européens, que par la volonté de rendre bilingues des services existants, un peu à l'image du cas américain.

Droits différents. En dépit de l'existence et de l'apport indéniable de la LLO, les droits des francophonies minoritaires en matière de services de santé en français sont très différents d'une province à l'autre ; chacune a adopté des normes plus ou moins contraignantes sur le plan du renforcement des services de santé en français. Si au Nouveau-Brunswick et en Ontario des services de santé sont garantis par la loi et offerts dans certaines régions, dans d'autres provinces ce n'est pas le cas. Le contexte juridique et législatif fédéral offre certains droits en matière de santé, car on y reconnaît que le secteur de la santé contribue à la vitalité des CFSM. Avec le *Plan d'action pour les langues*

officielles et la *Feuille de route pour la dualité linguistique* qui découlent de la LLO, le gouvernement fédéral cherche à accroître l'accès des francophones aux services de santé en français en investissant dans la formation de professionnels en santé, dans la recherche et dans le développement de réseaux de services en français. Sur le plan du droit, la situation se distingue du cas américain, où aucune minorité nationale n'est reconnue, et s'approche quelque peu des cas européens en raison d'une reconnaissance de la minorité francophone, mais cette reconnaissance varie beaucoup en matière de santé étant donné qu'il s'agit d'une compétence provinciale.

Appartenance, débats multiples. S'agissant de l'appartenance, des différences notables apparaissent également : les débats sur la santé en français varient d'une province à l'autre, selon le poids politique et les revendications communautaires. Ce n'est que récemment que les intervenants de la francophonie ont commencé à se mobiliser sur la question de la santé et en ont fait un enjeu en lien avec la vitalité des communautés. Comme nous l'avons vu, ils établissent désormais une relation entre l'enjeu de la santé (gouvernance, accès aux services, formation) et la vitalité linguistique de leur communauté. Les organismes œuvrant dans le domaine de la santé contribuent ainsi à la vie socioculturelle des CFSM. La lutte contre la fermeture de l'Hôpital Montfort et la mobilisation des intervenants francophones au Nouveau-Brunswick à la suite de la fusion, par le gouvernement en 2008, des régies de santé en deux régies, fusion qui a entraîné la perte de la seule régie de santé formellement francophone de la province, en sont des manifestations claires.

Discussion

L'étude réalisée par Léandre Desjardins (2003) sur la santé des francophones au Nouveau-Brunswick montre que, dans cette province, officiellement bilingue, des disparités existent entre les francophones et les anglophones en matière de services de santé. Les services spécialisés dans les régies francophones de la santé sont moins étendus que dans les régies anglophones.

Si tel est le cas au Nouveau-Brunswick, il est permis de penser que dans les autres provinces la prestation des soins se fait essentiellement en anglais. Est-ce qu'en misant sur le réseautage et la formation de professionnels de la santé, les CFSM peuvent combler l'absence de

services? La formation de professionnels francophones en santé ne suffit pas, car il faut s'assurer de faire connaître le service en français au sein des populations francophones. D'où l'importance accordée aux projets qui visent à communiquer ce type d'information. L'exemple américain peut inspirer une approche en ce sens, notamment dans les régions où le nombre peu élevé de francophones justifie difficilement la création de services ou de centres de santé communautaires.

Le réseautage peut aussi servir à faire connaître la présence de professionnels de la santé qui s'expriment dans la langue minoritaire, mais cette approche ne suffit pas à créer ou à mettre sur pied des services de santé linguistiquement appropriés pour les CFSM. Ces dernières veulent-elles se contenter d'avoir des services dans leur langue ou souhaitent-elles exercer la gouvernance de leurs services de santé?

Le réseautage des intervenants a certes une importance pour assurer l'essor d'une communauté dans le domaine de la santé. La littérature sur le capital social souligne le rôle que jouent les réseaux pour favoriser l'accès aux ressources (Bouchard *et al.*, 2006), mais ceux-ci ont une capacité limitée pour implanter des infrastructures dans le domaine de la santé. S'il est vrai que la gestion des systèmes de santé relève des provinces, le fédéral peut-il assurer un certain *leadership* dans le domaine de la santé en matière de langues officielles?

Sauf exception, l'approche retenue par les CFSM ne vise pas le développement ou l'implantation de services en français⁹. Les partenariats peuvent déboucher sur le développement de services, mais rien ne garantit l'atteinte de cet objectif si l'on vise uniquement la création de partenariats. Dans les communautés où les ressources sont limitées, l'instauration de réseaux ne garantit pas l'obtention ou la mise sur pied de nouveaux services de santé.

Dans les provinces ou dans les régions où la population est assez importante, pouvons-nous envisager la création de services qui seraient gérés par les CFSM? Il y aurait lieu, dans ce cas, de conclure des partenariats avec les gouvernements provinciaux. Les avantages d'un tel objectif résident dans le fait :

- qu'il contribue plus fortement à l'épanouissement des CFSM;
- qu'il répond à un besoin qui avait été défini par les CFSM;

- qu'il permet d'élaborer une politique mieux intégrée, avec des mesures qui se renforcent mutuellement ;
- qu'il permet d'atténuer les disparités en matière de santé au sein des populations.

Certes, nous comprenons que cet objectif entraîne des coûts plus élevés, mais ceux-ci devraient être évalués à la lumière des économies qui découleraient de la réduction des barrières linguistiques dans la prestation des services de soins.

Conclusion

Quel bilan peut-on dresser de ces portraits croisés sur la base de la notion de régime de citoyenneté? En Finlande, la question de l'accès aux services des soins de santé dans la langue minoritaire est, pour l'essentiel, définie en fonction du territoire sur lequel s'exerce le statut linguistique des municipalités, dotées d'une forte autonomie et capables d'organiser les services en fonction des lois générales votées par le Parlement finlandais. La législation linguistique de l'État central vient cependant, comme c'est le cas au Canada, renforcer les droits dont peuvent bénéficier les Suédois de Finlande vivant à l'extérieur de l'archipel des Aaland, lequel dispose, quant à lui, d'une très grande autonomie, notamment dans le domaine de la santé et des soins médicaux (compétence du Parlement de l'Archipel, à la différence des municipalités).

Plus globalement, il existe dans les cas européens un processus similaire qui vise à organiser en communautés le secteur de la santé sur une base linguistique. Le facteur linguistique, dans ces cas, intervient dans l'organisation ou même dans la configuration des systèmes de santé, comme le montrent de manière emblématique les situations belge et finlandaise. Les différences apparaissent au titre de l'intensité et de l'étendue de ce processus de création de communautés sur les trois plans de la citoyenneté : celui de l'accès, celui de l'appartenance et celui des droits.

Les cas européens de politique de santé communautaire semblent participer d'un processus plus global de construction, progressive mais réelle, d'un régime distinct de citoyenneté qui serait propre à ces trois communautés. Il se traduit, notamment, par l'aménagement d'une

gouvernance communautaire territorialisée, par le transfert des compétences en matière de santé et par l'exercice d'un pouvoir effectif sur les droits linguistiques.

C'est moins le cas au Canada, pour trois raisons.

Premièrement, il n'y a pas de gouvernance précise dans le domaine de la santé pour les CFSM. Sauf dans le cas du Nouveau-Brunswick et, dans une moindre mesure, de l'Ontario, les communautés francophones ne gèrent pas leurs établissements de santé. On crée plutôt des organismes communautaires qui adoptent des mesures pour accroître l'accès de la population francophone aux services de santé. En somme, on n'établit pas de distinction, on *aménage* les services de santé dans le cadre d'une approche sectorielle de la question linguistique (la santé étant un secteur parmi d'autres), ce qui rend bien difficile la mise en œuvre d'une politique concertée par rapport à un « intérêt communautaire » transcendant les secteurs ou les régions.

Deuxièmement, il n'existe pas de droits spécifiques pour les CFSM en matière de santé. Les droits en matière de santé ne sont pas conçus en fonction du territoire. La territorialité pourrait permettre aux membres de ces communautés de se prévaloir plus facilement de leurs droits. Cependant, les politiques fédérales concernant les CFSM cherchent plutôt à rejoindre l'ensemble des membres des CFSM à l'échelle canadienne, plutôt qu'à établir une distinction entre les citoyens résidant sur une « bonne » ou sur une « mauvaise » portion du territoire, même s'il est tout à fait possible de considérer les droits en vertu du territoire tout en donnant les mêmes services à ceux qui n'habitent pas les territoires concernés.

Troisièmement, la mobilisation des intervenants francophones dans le domaine de la santé est récente. On s'appuie sur des activités de pression et de lobbying, suivant une logique de groupes d'intérêts locaux pour faire avancer la cause des francophones. On fait à présent le lien entre la santé (l'accès aux services, la gouvernance, la formation) et le développement des CFSM. Au Nouveau-Brunswick et en Ontario, on tend désormais à défendre en ce sens les institutions relevant du domaine de la santé.

S'il est vrai que pour la communauté germanophone de Belgique, pour la communauté flamande de Bruxelles et pour la communauté

suédoise de Finlande, on peut parler de régime distinct de citoyenneté en voie de constitution, il semble que, s'agissant du Canada, l'État s'engage dans une voie médiane, ni complètement sociocommunautaire ni simplement organisationnelle, en définissant au palier fédéral une forme *aménagée* de citoyenneté au profit des CLOSM dans leur ensemble, laissant aux intervenants locaux, par province, le soin d'aller soit dans un sens plutôt sociocommunautaire (le cas des Anglo-Québécois et celui des francophones du Nouveau-Brunswick), soit dans le sens d'une adaptation de caractère organisationnel, à l'américaine (dans le cas des provinces où les francophones sont moins nombreux ou moins organisés). L'avenir dira dans quelle mesure certaines situations provinciales conduiront, à plus ou moins long terme, à une réelle distinction fondée sur l'échelon communautaire.

NOTES

1. Cet article découle d'une recherche que nous avons faite pour Santé Canada (Forgues, Traisnel et Létourneau, 2006).
2. La partie VII de la *LLO* vise à favoriser l'épanouissement et à appuyer le développement des communautés de langue officielle en situation minoritaire.
3. « Aucune personne aux États-Unis ne devrait, en raison de sa race, de sa couleur ou de son origine nationale, être exclue ou discriminée dans le cadre de programmes ou d'activités qui reçoivent des fonds du gouvernement fédéral » (Nous traduisons). *Title VI of the Civil Rights Act of 1964*, [En ligne], [<http://www.usdoj.gov/crt/split/42usc2000d.htm>] (11 février 2010).
4. Chaque Finnois peut n'avoir, officiellement, qu'une seule première langue. Mikael Parkvall, de l'*Institutionen för lingvistik* de l'Université de Stockholm, a produit une carte très intéressante de la répartition des populations de langue suédoise en Finlande : [En ligne], [<http://www.tlfq.ulaval.ca/axl/europe/finlandecarte-suedois.htm>] (11 février 2010).
5. Pour le cas belge, nous utilisons deux documents principalement : Conseil de l'Europe 2002 et 2003.

6. La Communauté est, avec la Région et l'État fédéral, l'un des trois piliers du fédéralisme belge. En principe, la Communauté gère l'essentiel des compétences rattachées à la personne, tandis que la Région gère les compétences rattachées au territoire. Dans les faits, Flamands, Bruxellois, Wallons et germanophones ont aménagé ce découpage originel pour l'adapter aux contextes locaux et aux revendications de chaque communauté. Ainsi, par exemple, Région et Communauté flamande ont fusionné, tandis que les compétences de la Communauté Wallonie-Bruxelles ont été redéfinies dans le sens d'un renforcement des compétences, notamment, de la Région wallonne et de la Communauté germanophone.
7. Ce sont les établissements de santé, dits institutions de santé, qui n'ont pas choisi d'appartenir exclusivement à la communauté flamande ou à la communauté française.
8. Voir le site Web de la Communauté germanophone pour plus d'informations : [En ligne], [<http://www.dglive.be/DesktopDefault.aspx>] (11 février 2010).
9. La liste des projets du réseau national Société Santé en français qui sont financés dans le cadre du Fonds d'adaptation des soins de santé primaires montre que plusieurs visent à créer des répertoires qui recensent les professionnels de la santé qui s'expriment en français. Certains portent sur l'usage des technologies de l'information et des communications pour faciliter l'accès à des professionnels francophones, d'autres visent à donner accès à des services d'interprétation ou à offrir une formation linguistique à des professionnels de la santé. La Société Santé en français est partenaire de certaines initiatives communautaires visant à développer des services de santé en français (Société Santé en français, 2006).

BIBLIOGRAPHIE

- BOUCHARD, Louise, *et al.* (2006). « Capital social, santé et minorités francophones », *Revue canadienne de santé publique = Canadian Journal of Public Health*, vol. 97, supplément 2 (mai-juin), p. S17-S21.
- BOURGEOIS, Daniel, *et al.* (2006). *La contribution des gouvernements provinciaux et territoriaux à l'épanouissement des communautés francophones en milieu minoritaire*, Moncton, Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques.

- BOURHIS, Richard Y., et Dominique LEPICQ (2004). « La vitalité des communautés francophones et anglophones du Québec: bilan et perspectives depuis la loi 101 », *Cahier de recherche de la Chaire Concordia-UQAM en études ethniques*, n° 11 (octobre).
- COMITÉ CONSULTATIF DES COMMUNAUTÉS FRANCOPHONES EN SITUATION MINORITAIRE (2001). *Rapport au ministre fédéral de la Santé*, Ottawa, Santé Canada, [En ligne], [http://santefrancais.ca/documents/CCCFSM_rapport_LR.pdf] (14 mai 2008).
- CONSEIL DE L'EUROPE (2002). « Pétition de parlementaires néerlandophones et mandataires locaux de Bruxelles, déposée auprès du Conseil de l'Europe concernant le droit à la protection de la santé des néerlandophones à Bruxelles et dans la périphérie flamande », 1^{er} octobre, [En ligne], [<http://assembly.coe.int/MainF.asp?link=/Documents/WorkingDocs/Doc03/FDOC10009.htm>] (2 août 2006).
- CONSEIL DE L'EUROPE (2003). « Avis de la commission des questions juridiques et des droits de l'homme (rapporteur: M. Boriss Cilevics, Lettonie, Groupe socialiste) sur la pétition du 1^{er} octobre 2002 portant sur le droit des néerlandophones aux soins médicaux à Bruxelles et dans les municipalités néerlandophones environnantes », [En ligne], [http://assembly.coe.int/MainF.asp?link=/Documents/WorkingDocs/Doc03/FDOC10009.htm#P121_30368] (11 février 2010).
- DESJARDINS, Léandre (2003). *La santé des francophones du Nouveau-Brunswick*, Petit-Rocher, Société des Acadiens et des Acadiennes du Nouveau-Brunswick.
- FORGUES, Éric, Christophe TRAISNEL et Cynthia LÉTOURNEAU (2006). *Le Programme de contribution pour l'amélioration de l'accès aux services de santé pour les CLOSM*, Rapport soumis à Santé Canada, Moncton, Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques.
- GAJO, Laurent (2001). « Communication et minorité dans les réseaux de soins: Introduction. Communiquer en milieu hospitalier: de la relation de soins à l'expertise médicale », *Bulletin suisse de linguistique appliquée*, n° 74 (automne), p. 146-151.
- GILBERT, Anne, *et al.* (2005). « Les discours sur la santé des organismes franco-ontariens: du rapport Dubois à la cause Montfort », *Reflets: revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire*, vol. 11, n° 1, p. 20-48.
- JENSON, Jane (1997). « Fated to Live in Interesting Times: Canada's Changing Citizenship Regimes », *Revue canadienne de science politique = Canadian Journal of Political Science*, vol. XXX, n° 4 (décembre), p. 627-644.
- JENSON, Jane (1998). « Reconnaître les différences: sociétés distinctes, régimes de citoyenneté, partenariats », dans Guy Laforest et Roger Gibbins (dir.), *Sortir de l'impasse: les voies de la réconciliation*, Montréal, Institut de recherche sur les politiques publiques, p. 235-262.

- JENSON, Jane, et Martin PAPILLON (2000). « Challenging the Citizenship Regime: The James Bay Cree and Transnational Action », *Politics and Society*, vol. 28, n° 2 (juin), p. 245-264.
- JOHNSON, Marc L., et Paule DOUCET (2006). *Une vue plus claire: évaluer la vitalité des communautés de langue officielle en situation minoritaire*, Ottawa, Commissariat aux langues officielles.
- JUNGNER, Anna (2005). « Le suédois en Finlande », dans *Infofinlande.fr: le site francophone sur la Finlande*, [En ligne], [http://www.info-finlande.fr/societe/population/article/Le_suedois_en_Finlande.html] (11 février 2010).
- LABRIE, Normand, *et al.* (2001). « Minorisation et santé: les formations discursives des communautés et institutions francophones à Toronto », *Bulletin suisse de linguistique appliquée*, n° 74 (automne), p. 204-205.
- NATIONS-UNIES (2000). *Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint*, Genève, Conseil économique et social.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1946). *Constitution*, [En ligne], [http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf] (25 mars 2010).
- PATRIMOINE CANADIEN (2003). *Initiatives régionales, Bulletin 41-42*, vol. 9, n° 2.
- PERKINS, Jane (2003). *Ensuring Linguistic Access in Health Care Settings: an Overview of Current Legal Rights and Responsibilities*, Washington, Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, août.
- SANTÉ CANADA (2001). *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé = Language Barriers in Access to Health Care*, préparé par Sarah Bowen, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, [En ligne], [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2001-lang-acces/2001-lang-acces_f.pdf] (8 juin 2008).
- SANTÉ CANADA (2005). *À propos*, [En ligne], [http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/2005/2005_27bk1_f.html] (2005).
- SOCIÉTÉ SANTÉ EN FRANÇAIS (2004). *Rapport annuel 2003-2004*, Ottawa, [En ligne], [<http://www.forumsante.ca>] (11 février 2010).
- SOCIÉTÉ SANTÉ EN FRANÇAIS (2006). *Déjà des résultats: rapport d'étape*, juin, Ottawa, Santé Canada.
- VÉZINA, Sylvain (dir.) (2007). *Gouvernance, santé et minorités francophones: stratégies et nouvelles pratiques de gestion au Canada*, Lévis, Les Éditions de la Francophonie.
- VÉZINA, Sylvain, et Pier BOUCHARD (2007). « Engagement des citoyens et identification des services de santé en francophonie minoritaire rurale: examen d'une expérience de "démocratie dialogique" au Nouveau-Brunswick », 2^e Forum national de recherche sur la santé des commu-

nautés francophones en situation minoritaire, Ottawa. Voir le rapport de synthèse publié par le CNFS (2008), *Société, langue et santé: les barrières à l'accès aux services de santé pour les communautés francophones minoritaires*, [En ligne] [<http://www.cnfs.net>] (11 février 2010).