



**Mémoire au Comité sénatorial permanent des langues  
officielles portant sur l'état de la gouvernance et de gestion,  
les services cliniques et les services non-cliniques au sein de  
la régie de Santé Vitalité de la communauté acadienne et  
francophone du Nouveau-Brunswick ainsi que ses  
revendications.**

Ottawa, le 10 avril 2017



Dans le cadre de notre comparution devant le Comité sénatorial permanent des langues officielles, nous avons voulu faire le point sur l'état de la situation actuelle au niveau de la gouvernance et de la gestion, des services cliniques et non-cliniques au sein du réseau de santé de la communauté francophone et acadienne du Nouveau-Brunswick, c'est à dire le réseau de santé Vitalité.

Dans un premier temps, nous vous expliquerons les origines de notre organisme et les démarches effectuées de 2008 à ce jour. Nous ferons un survol des événements depuis 2008 pour arriver à mettre sur la table la situation actuelle et les revendications de la communauté acadienne et francophone au niveau de la santé. Bien que nous soyons très conscients que la santé est de juridiction provinciale, nous savons également que votre comité a comme objectif de voir à ce que les communautés linguistiques officielles du Canada et de notre province se développent et s'épanouissent pleinement.

Comme les Cours l'ont déjà reconnu, pour qu'une communauté linguistique minoritaire puisse se maintenir et se développer pleinement, il lui faut plus que la simple reconnaissance que sa langue est officielle, qu'elle peut être parlée au Parlement, à l'Assemblée législative ou devant les tribunaux. La **Charte canadienne des droits et libertés (Charte)** garantit à la minorité linguistique certains droits et privilèges. Dans le cas du Nouveau-Brunswick, notre gouvernement provincial a fait enchâsser dans la **Charte** des principes que nous retrouvons dans une loi 88, soit la **Loi reconnaissant l'égalité des deux communautés linguistiques officielles au Nouveau-Brunswick**. Ces principes ont donc été enchâssés dans la **Charte** en 1993. Nous parlons plus précisément des articles 16.1(1) et 16.1 (2) qui se lisent ainsi :

- 16.1 (1)** *La communauté linguistique française et la communauté linguistique anglaise du Nouveau-Brunswick ont un statut et des droits et privilèges égaux, notamment le droit à des institutions d'enseignement distinctes et aux institutions culturelles distinctes nécessaires à leur protection et à leur promotion.*
- (2)** *Le rôle de la législature et du gouvernement du Nouveau-Brunswick de protéger et de promouvoir le statut, les droits et les privilèges visés au paragraphe (1) est confirmé.*



Comme avec la majorité des lois, les plus grandes difficultés surviennent après l'adoption de la loi et se situent au niveau de l'interprétation et de son respect. Lorsque le citoyen et la citoyenne ne respectent pas la loi, le système judiciaire se charge de voir à ce que la loi soit respectée mais lorsque le gouvernement interprète la loi différemment de la population ou de la communauté, le processus pour faire respecter la loi est plus long et très onéreux pour la communauté. Ces barrières deviennent quasi insurmontables pour les communautés linguistiques en situation minoritaire.

Tout ceci pour arriver à notre petit rappel des événements de 2008 à ce jour et la création de notre organisme.



## Historique et création d'Égalité Santé

Avant 1992, nous avions au Nouveau-Brunswick plus de cinquante centres hospitaliers de santé avec leur propre Conseil d'administration. Le gouvernement provincial décida alors de réduire le nombre de Conseils d'administration à huit sous forme de corporations hospitalières dont une francophone. Voilà qu'en 2008, le gouvernement décide de les réduire à deux (2) régies régionales de la santé. La communauté acadienne et francophone s'attendait à ce que nous ayons une régie francophone et une régie anglophone. Quelle fut la surprise de notre communauté de constater que ce même gouvernement provincial qui s'était donné l'obligation dans la **Charte** de protéger et de promouvoir les deux communautés, avait concocté la mise sur pied d'une régie anglophone et d'une régie bilingue donc aucune francophone.

Suite à cette perte d'institutions, la communauté acadienne et francophone, au printemps de 2008, avait formé un comité de citoyens, citoyennes et de médecins qui, avec l'annonce de cette structure, a vite compris que nous devons nous incorporer et prendre le chemin de la lutte e pour faire valoir



nos droits linguistiques en santé. C'est ce qui explique la création d'Égalité Santé en Français N.-B. Inc. (à partir de ce moment Égalité Santé) et depuis ce temps, nous revendiquons les droits de la communauté francophone en santé au Nouveau-Brunswick.

Ayant épuisé les démarches publiques, médiatiques et politiques, nous avons entrepris des démarches juridiques pour contrecarrer les plans du gouvernement. Au printemps 2010, nous étions prêts à nous présenter en cour pour défendre notre cause. Les élections approchaient, le gouvernement du jour a débuté des négociations pour régler le différend. Nous avons donc eu une entente hors cour en avril 2010.

Par cette entente, nous avons obtenu des changements importants pour notre communauté. Les points principaux de cette entente conclue le 8 avril 2010 étaient les suivants :

- Le gouvernement reconnaissait que les francophones avaient droit à des institutions de santé francophones;
- Le gouvernement allait reconnaître que la régie A était une régie francophone;

- Le gouvernement reconnaissait l'inégalité de services de santé entre la communauté francophone et la communauté anglophone;
- De plus, l'entente prévoyait que le gouvernement devait préparer un plan quinquennal de rattrapage au niveau des services de santé des institutions francophones pour arriver à une égalité de services entre les deux communautés linguistiques de notre province;
- La majorité des membres des conseils d'administration des régions seraient élus en 2012;
- Les communautés francophone et anglophone seraient représentées au niveau du [Conseil de santé du Nouveau-Brunswick](#) et cet organisme devait tenir compte des intérêts et besoins de la communauté francophone;
- Les communautés francophone et anglophone seraient représentées au niveau de [FacilicorpNB](#) ( une agence de services non cliniques)
- Une révision des régions de santé sera entreprise pour tenir compte des deux communautés linguistiques;
- Pour notre part, nous prenions l'engagement de retirer notre poursuite contre la province.

Il faut reconnaître que cette entente constitue un compromis entre les deux parties au différend. Il est clair que cette entente était le maximum que nous pouvions obtenir du gouvernement et qu'elle constitue le minimum que nous pouvions accepter dans les circonstances.

Le gouvernement avait alors fait les changements suivants :

- Reconnaître que les deux régies régionales de la santé sont responsables d'améliorer la prestation des services de santé en français;
- Les deux régies régionales de la santé devront s'assurer de continuer à offrir des services de santé aux citoyens dans la langue officielle de leur choix;
- Les modifications à la [Loi sur les régies régionales de la santé](#) reconnaîtront que la Régie régionale de la santé A est une organisation dont la langue de fonctionnement est le français, reconnaissant ainsi que la Régie est une organisation francophone ayant la responsabilité de desservir les résidents dans la langue officielle de leur choix;
- Le ministre de la Santé disposera de l'autorité d'accorder la désignation de centre hospitalier universitaire et de centre hospitalier affilié universitaire; et
- La [Loi sur le Conseil du Nouveau-Brunswick en matière de santé](#) sera modifiée afin de reconnaître que le [Conseil de santé du Nouveau-Brunswick](#) doit tenir compte des besoins des communautés linguistiques en ce qui a trait à sa mission.
- De plus, le gouvernement provincial recommandera que le [Conseil de santé du Nouveau-Brunswick](#) consulte les communautés linguistiques dans la langue officielle de leur choix;
- Plus de la moitié des membres du conseil d'administration de chaque régie soient élus par suffrage universel à compter de 2012;



- Le reste des membres du conseil seront nommés par la ministre en tenant compte des communautés d'intérêts particulières ;
- Des modifications administratives additionnelles seront aussi apportées dans le but d'améliorer les services de santé offerts à la population francophone ;
- Un plan d'action quinquennal sera préparé afin d'assurer une répartition équitable des services de santé entre les deux régions régionales de la province ;
- Une révision des régions géographiques actuelles assignées à chaque région régionale de la santé sera réalisée en consultation avec les collectivités desservies.
- [Le ministère de la Santé](#) établira un comité chargé de la mise en œuvre du plan stratégique sur les langues officielles dans le secteur des soins de santé.
- Dans le cadre de son mandat, le comité fournira des conseils concernant les besoins des communautés linguistiques officielles dans la planification du système de santé.
- Le comité comprendra des représentants des deux régions régionales de la santé;
- Le prochain plan provincial de la santé sera assorti d'objectifs spécifiques et mesurables en matière de langues officielles ; et
- Le mandat de [FacilicorpNB](#) sera modifié afin de s'assurer que l'entreprise continue de communiquer avec les régions régionales de la santé et leurs établissements dans la langue de leur choix ;

- Le gouvernement provincial modifiera la structure des actionnaires de [FacilicorpNB](#) afin d'y inclure des représentants des deux régies régionales de la santé.

Le 30 novembre 2012, nous avons vécu un événement historique lorsque le gouvernement a publié ce qu'il a qualifié de « **Plan de répartition équitable des services de santé** » qui découle de l'entente hors cour. Nous avons publiquement indiqué que c'était la première fois que le gouvernement reconnaissait que les deux régies de santé ne disposaient pas de la même gamme de services de santé, la régie francophone étant défavorisée. Nous avons aussi déclaré que c'était un premier pas et qu'à la fin du Plan les deux régies ne disposeraient pas encore de la même gamme de services de santé : les inégalités seraient moindres mais encore présentes !

Par la suite de l'entente hors cour, le gouvernement, par le biais de restructuration en santé et de modification à sa **Loi sur les régies régionales de santé**, a replongé la régie de santé francophone dans une



situation de subordination au ministère de la Santé et, par le fait même, à la domination par la communauté anglophone.

Nous sommes dans une situation de recul par rapport à l'entente négociée en 2010 et nous reprenons la lutte pour faire respecter nos droits constitutionnels en santé pour la communauté linguistique acadienne et francophone. L'année 2017 est un point de non-retour pour notre communauté.

## **La situation actuelle**

Nous allons aborder la situation actuelle sous plusieurs angles à savoir la gouvernance et la gestion, les services cliniques, les services non cliniques et la privatisation.

### **A La gouvernance et la gestion**

Une communauté minoritaire doit, pour se maintenir, contrôler ses institutions. Elle ne peut pas se fier à la bonne volonté de la majorité pour son développement et son épanouissement. Les institutions sont ainsi primordiales au développement d'une communauté. C'est le cas en santé comme c'est le cas en éducation.

La structure mise en place par notre gouvernement provincial fait en sorte que les décisions prises au niveau de la santé sont faites en fonction des besoins et du fonctionnement de la structure de la communauté dominante. Pour vous situer, nous avons un Conseil d'administration au niveau de chaque régie de santé. Ce Conseil d'administration est formé de huit (8)

membres élus sur un total de quinze. Les sept (7) autres sont nommés par le ministre de la santé. Le mandat du Conseil d'administration est de 4 ans. Dans le cas d'une vacance au Conseil, que ce soit pour un membre élu ou nommé, le remplaçant est nommé par le ministre de la Santé pour le reste du mandat.

De plus, alors que les régies sont désignées comme une régie anglophone et une régie francophone, les sous-districts électoraux sont établis sur une base géographique et non linguistiques. Ceci fait en sorte que certains membres de la communauté francophone n'ont pas droit de vote au sein de la régie francophone et doivent à cause du lieu de leur résidence exercer leur droit de vote au sein de la régie de la communauté anglophone. En éducation, ce n'est pas le cas puisque nous avons deux cartes électorales ; une anglophone et une francophone. Le citoyen choisit de voter au sein d'un Conseil d'éducation de district (CÉD) francophone ou du District Education Council (DEC).

Puisque les élections au niveau de la santé ont lieu en même temps que les élections municipales et scolaires, il serait très facile de faire deux cartes électorales en santé, soit une pour la communauté francophone et l'autre pour la communauté anglophone. Si les électeurs sont capables faire la distinction entre les deux cartes en éducation, ils et elles seraient tout aussi capables de le faire au niveau de la santé.

L'autre anomalie que nous avons au niveau du Conseil d'administration c'est le fait que c'est le ministre de la Santé qui nomme la présidence du Conseil d'administration et le PDG (la Loi le nomme la direction générale) de la régie. La présidence est nommée pour le mandat du Conseil d'administration tandis que le PDG est nommé par le ministre et est en poste à son gré (du ministre).

Lorsque nous étudions attentivement la **Loi sur les régies régionales de la santé** (LRRS), nous constatons que le ministre doit presque tout approuver ce que le Conseil

d'administration décide. Le ministère a même tout dernièrement mis en place ce qu'il nomme une entente de responsabilité avec des comités conjoints - ministère et régies. La résultante de ces structures est que les décisions et les consensus sont faits par la communauté dominante et ceci, trop souvent, au détriment de la communauté francophone.

La gestion de la régie de santé Vitalité est constamment assujettie au ministre de la Santé qui fait une ingérence quotidienne de celle-ci. Cette façon de faire empêche la pleine et entière gestion de notre régie de santé par notre communauté. Le ministère outrepassé ses fonctions pour faire de la micro-gestion dans notre système de santé.

Nous reviendrons sur ce phénomène dans la section sur la privatisation.

## **B Services cliniques**

En éducation, nous sommes habitués aux termes études primaires, études secondaires et études post-secondaires. En

santé, nous parlons au niveau des services cliniques ou des services de santé de soins primaires, secondaires, tertiaires et de plus en plus de soins quaternaires.

Au niveau primaire, les deux régies sont dotées sensiblement des mêmes services, quoique, à intervalles trop fréquents, nous découvrons des propositions ministérielles de fermer des urgences et des lits dans les hôpitaux en région. Puisque la majorité de la population francophone se retrouve en milieux ruraux, nous serions les grands perdants de ces fermetures que nous avons réussi, à ce jour, à contrer.

Plus nous regardons les services secondaires et tertiaires, plus nous constatons comme l'indique le tableau suivant que la régie francophone n'est pas dotée de la même gamme de service que la régie anglophone qui souvent a des services que nous n'avons pas, mais qu'elle a en double ou en triple. Ce sont ces inégalités que le gouvernement a reconnues en 2012 par son plan de répartition équitable des soins de santé, plan qui ne



nous permettra pas d'arriver à cette égalité de services entre les deux régions en 2018.

Services <b>Tertiaires</b> offerts par	Vitalité (FR)	Horizon (EN)
Laboratoire de cathétérisme cardiaque	0	3
Chirurgie cardiaque	0	1
Laboratoire d'électrophysiologie cardiaque	0	1
Laboratoire de références en microbiologie	1	1
Centre de neurochirurgie	0	2
Unité de pédopsychiatrie	0	1
Centre de traumatologie	0	2
TEP (Pet CTScan)	1	1
Centre des grands brûlés	0	2
Unité néonatale tertiaire	0	3
Centre d'hémodialyse	3	1
Centre de radio-oncologie	1	1
Centre de réadaptation	0	1

Services <b>Secondaires Spécialisés</b>	Vitalité (FR)	Horizon (EN)
Service de neurologie	1	3
Service de gynéco-oncologie	1	0
Laboratoire du sommeil (niveau 1)	1	1
Chirurgie colorectale	0	incomplet
Chirurgie avec salle d'opération hybride	incomplet	3
Chirurgie de Mohs	0	incomplet
Soins intensifs pédiatriques	0	2
Chirurgie plastique	incomplet	3
Salle d'endoscopie ERCP	0	1
Centre intégré du sein	1	2
Service de gériatrie spécialisée	incomplet	3
Rhumatologie	incomplet	2
Physiatrie	incomplet	2

La conséquence de cette gamme incomplète de services de soins de santé au niveau de notre région francophone fait en sorte que trop souvent, les francophones doivent se faire

soigner dans une institution de l'autre régie. Bien que la régie anglophone doive respecter comme nous la langue de choix du patient, trop souvent le patient ne reçoit pas de service dans sa langue. Les dernières statistiques du Conseil de la santé du N.-B. indiquent qu'au moins 40 % des répondants francophones ne sont pas satisfaits des services offerts dans leur langue par la régie anglophone.

Comme ce fut reconnu dans la cause Montfort, l'hôpital est en plus d'être un milieu de santé, c'est aussi une institution culturelle de la communauté. Au Nouveau-Brunswick, les francophones se retrouvent ainsi pour des soins secondaires ou tertiaires dans un milieu étranger : un centre de santé de la régie anglophone.

### **C Services non-cliniques**

Notre gouvernement a décidé depuis quelques années de regrouper quelques services autrefois sous la responsabilité des régies sous une nouvelle structure du type corporation de la Couronne, soit FacilicorpNB. Les services d'informatique, de

buanderie, l'ingénierie biomédicale, les communications et les achats ont ainsi été soustraits de la responsabilité de la régie francophone pour être administrés par un organisme anglo-dominant soit FacilicorpNB. Non seulement les employés francophones se sont retrouvés dans un milieu de travail assimilant et anglo-dominant, mais la régie francophone a perdu ses expertises. Désormais, contrairement à ce qui se passe ailleurs au Canada, la régie est dépendante de services d'une autre structure. La communauté acadienne et francophone n'assurait aucune gouvernance proprement dite au sein de FacilicorpNB. Cette situation est maintenant pire sous la nouvelle structure de ServiceNB. Au niveau des achats par exemple, la régie francophone doit acheter les mêmes appareils que la communauté anglophone même, si ces appareils ne répondent pas à ses besoins et sont plus dispendieux. Cette situation est contraire aux enseignements de la Cour suprême du Canada issus des arrêts *Mahé* et *Arsenault-Cameron*, selon lesquels la communauté minoritaire doit avoir un droit de gestion sur toutes les facettes d'une institution, incluant

notamment les questions administratives d'embauche et de dépenses, car ces facettes peuvent avoir des incidences sur les domaines linguistiques et culturels, incidences qui ne sont pas évidentes pour la majorité linguistique.

## **D Privatisation**

Pour des raisons que nous ignorons, notre gouvernement a décidé de prendre le chemin de la privatisation pour plusieurs services au cours de la dernière année. Même si le réseau francophone lui prouve qu'il peut administrer ce service à un moindre coût et avec moins de perte d'emplois, le gouvernement se campe dans son projet de privatisation. Même si le Conseil d'administration est unanime dans son refus de privatiser la gestion des services alimentaires, environnementaux et de transport des patients, le gouvernement continue ses démarches dans ce sens même si la LRRS ne lui donne pas le pouvoir de le faire.

Nous constatons une érosion de services au sein de notre régie de santé qui, selon nous, est une perte de nos droits constitutionnels. Le gouvernement soutient même l'imposition de la privatisation par des économies non justifiées. Il se campe dans sa position même si la régie francophone lui prouve qu'elle peut faire plus d'économies avec moins de perte d'emplois tout en administrant elle-même ces services. Selon nous, le ministre de la Santé dépouille notre régie de services essentiels ce qui lui permettra, par la suite de justifier la création d'une seule régie bilingue.

## **Les revendications d'Égalité Santé**

Comme communauté francophone, nous revendiquons la pleine et entière gestion et la gouvernance de notre réseau de santé. Nous revendiquons une régie de santé qui offre la même gamme de services de santé que la communauté anglophone. Nous voulons avoir le contrôle de tous les services hospitaliers nécessaires pour répondre aux besoins en santé de notre communauté. De plus, nous voulons avoir les moyens pour mettre en place notre réseau de santé universitaire (le CHU et les CHAU).

Nous avons, dans le document « ***Les revendications d'Égalité Santé*** », énuméré nos revendications comme suit :

1. Que le Conseil d'administration soit formé de membres qui seront tous et toutes élus par la population au suffrage universel ;
2. Que le Conseil d'administration soit responsable de nommer un.e remplaçant.e en cas de vacance à un poste de membre du Conseil d'administration ;
3. Que les membres du Conseil d'administration aient le pouvoir de nommer et de destituer la présidence du Conseil d'administration ;
4. Que la direction générale du réseau ou le PDG comme on dit souvent, soit embauché et renvoyé si nécessaire par le Conseil d'administration de la régie de santé ;

5. Que le PDG soit au service et redevable de ses actions au Conseil d'administration de la régie ;
6. Que le Conseil d'administration exerce ses pouvoirs de gestion et de direction des activités et des affaires internes de la régie Vitalité en conformité avec la *Loi sur les régies régionales de santé* ;
7. Que les réunions à huis clos du Conseil d'administration soient l'exception et non la règle, comme c'est le cas, en conformité avec *la Loi sur les régies régionales de santé* ;
8. Que les membres du Conseil d'administration aient les outils nécessaires pour consulter la population qu'ils et elles représentent ;
9. Que les pouvoirs du ministre soient limités par rapport à la gestion et la gouvernance de la régie Vitalité;
10. Que la fermeture d'institutions de santé, la fermeture de lits et la réduction de services de soins de santé dans les institutions du réseau Vitalité soient du ressort de son Conseil d'administration. Suite à la décision de fermer un hôpital, des lits ou de réduire des services, le ministre pourra intervenir pour une révision de la décision de la régie par celle-ci :
11. Que le Plan des services cliniques et le Plan d'affaires de la régie Vitalité relèvent uniquement de son Conseil d'administration et que les discussions sur ces sujets fassent l'objet de consultation publique auprès de la communauté ;
12. Que des rencontres régionales des institutions de santé soient mises sur pied avant la rédaction du Plan des services cliniques et suite à sa rédaction pour que la population soit consultée avant que le Conseil d'administration prenne une décision sur ce Plan;
13. Que le réseau crée un plan de rattrapage réellement égalitaire pour le développement et l'amélioration des services cliniques et non-cliniques, afin

de s'assurer que la communauté francophone ait une égalité réelle de services par rapport à la communauté anglophone;

14. Que les services non cliniques qui ont été transférés de la régie Vitalité à FacilicorpNB et/ou SNB soient rapatriés au niveau de la régie francophone avec tous les employés requis pour offrir les services suivants :

- i. Les finances ;
- ii. Les ressources humaines ;
- iii. Les communications ;
- iv. L'informatique ;
- v. L'entretien ménager ;
- vi. Les buanderies ;
- vii. La gestion des cafétérias ;
- viii. Les achats de fourniture, d'équipement et de services;
- ix. Et tout autre service venant en support aux soins cliniques;

15. Que la régie de santé Vitalité développe son propre système d'achats en gros pour répondre à ses besoins ;

16. Que la régie Vitalité détermine elle-même les équipements qui lui seront nécessaires et qu'elle en fasse l'achat ;

17. Que toutes les technologies de l'information ainsi que les logiciels soient dans la langue française ;

18. Que la régie Vitalité, par son réseau d'achats, encourage l'achat de biens locaux et ainsi réduise son empreinte carbone.

19. Que le gouvernement développe un plan de rattrapage qui permettra à la communauté francophone d'avoir les mêmes services de soins de santé que la communauté anglophone à l'intérieur des institutions de la régie Vitalité ;



20. Que toutes les économies encourues au niveau de la régie Vitalité soient ré-investies dans le plan de rattrapage en plus des sommes déjà établies par le gouvernement pour son plan de répartition équitable des soins de santé ;
21. Que tous les services secondaires, secondaires spécialisés et tertiaires énumérés dans l'annexe A soient mis en place dans le réseau Vitalité au plus tard en 2020;
22. Que tout nouveau service de santé au Nouveau-Brunswick soit mis en place au niveau des centres hospitaliers de la régie Vitalité;
23. Que tous les sondages et études réalisés par le ministère de la Santé – ou toute autre structure à la demande du ministère – compilent séparément les données pour les deux communautés linguistiques de la province, de sorte à obtenir un portrait réel de chacune des communautés linguistiques en matière de santé;
24. Que la province, l'Université de Moncton et le réseau de santé Vitalité mettent sur pied un plan de développement d'un véritable Centre hospitalier Universitaire (CHU-Dumont), ainsi qu'un réseau de Centres hospitaliers affiliés universitaires (CHAU) au niveau des soins cliniques, de la recherche et de l'enseignement des soins de santé ;
25. Que ce partenariat considère la possibilité d'intégrer d'autres partenaires comme les CCNB et les centres de recherche existants aussi bien que les centres d'excellence ;
26. Que le réseau de santé Vitalité établisse le Comité stratégique de recherche et des affaires académiques comme une priorité du Conseil d'administration de la régie Vitalité.
27. Que le gouvernement provincial reconnaisse la spécificité de la communauté acadienne et francophone et réaffirme le maintien et le statut des petits hôpitaux francophones en milieu rural ;
28. Que le réseau de santé Vitalité en collaboration avec le ministère de la Santé développe des mécanismes pour s'assurer que la communauté francophone en milieu rural reçoive les mêmes services de consultation et de diagnostique

que les résidents des grandes villes du N.-B., notamment par le biais de visites régulières de médecins spécialistes, la télémédecine, etc.

29. Que le gouvernement de la province du Nouveau-Brunswick cesse immédiatement son ingérence dans le processus du plan de services cliniques de la région de santé Vitalité. Le plan des services cliniques ministériel qui est en train d'être élaboré est illégal et il ne fera qu'amplifier les inégalités entre les services cliniques offerts au réseau de santé Vitalité par rapport à ceux offerts au réseau de santé Horizon.



## **Les aspirations d'Égalité Santé**

Égalité Santé en Français aspire à ce que les droits constitutionnels de la communauté francophone soient reconnus et mis en place, tant au niveau de l'éducation que de la santé. Nous réclamons d'obtenir dans un avenir assez rapproché ce qui suit :

- La mise en place d'une structure de gouvernance et de gestion pour notre régie de santé francophone qui tienne compte du droit individuel de chaque francophone de choisir ses représentants au sein de cette régie et cela peu importe son lieu de résidence ;
- Un Conseil d'administration formé de membres ayant tous et toutes été élus par la communauté francophone ;
- Un Conseil d'administration jouissant des pleins pouvoirs de gestion et gouvernance ;
- Un Conseil d'administration qui reçoit son financement de la province et qui le gère en fonction des besoins de sa communauté ;
- Un Conseil d'administration qui élit parmi ses membres sa présidence et qui embauche sa direction générale qui est l'employé principal de la régie et non au service du ministre ;

- Un réseau de santé qui a obtenu un financement supplémentaire pour lui permettre d’avoir la même gamme de services de soins de santé que la communauté anglophone ;
- Le retour des services non-cliniques dans le giron de notre réseau de santé et le développement de notre expertise francophone dans ces secteurs ;
- L’établissement d’une Faculté de médecine et de la santé intégrée à l’Université de Moncton, capable de former des professionnels de la santé de notre communauté francophone, de celles de l’Atlantique et du Canada ;
- L’établissement de notre réseau de santé universitaire par le biais du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) et des Centres Hospitaliers Affiliés Universitaires (CHAU) pour répondre aux besoins des francophones de notre communauté mais aussi de l’Atlantique ;
- L’intégration des différents instituts de recherche au sein du réseau universitaire pour le développement de notre expertise en recherche et en santé tout en gardant nos cerveaux dans notre province ;



- Une concertation accrue entre notre réseau de santé universitaire et les institutions post-secondaires francophones pour développer notre expertise.

Vous nous direz sans doute que nous voyons grand mais pour nous développer comme communauté, nous devons avoir des grandes ambitions. La communauté francophone a de grandes ambitions, il suffit de lui donner les moyens de les réaliser. Égalité Santé a l'intention de prendre toutes les mesures nécessaires pour que ces objectifs soient atteints.

## **Nos attentes par rapport à notre comparution**

Nous nous étions fixés comme objectif en acceptant votre invitation à comparaître, de vous exposer la situation en santé de la communauté francophone de la seule province bilingue du Canada. Nous avons voulu vous sensibiliser à la situation des droits linguistiques en santé pour la communauté francophone et acadienne de notre province. Nous voulions aussi réaffirmer le fait qu'une communauté en situation minoritaire doit, comme vous le savez, contrôler ses institutions pour sa protection mais aussi pour son épanouissement. Nous espérons avoir réaffirmé l'importance de la santé dans le développement de notre communauté et nous voulons insister sur l'importance de la langue et de la culture dans les soins de santé, plus particulièrement, dans les situations de vulnérabilité.

Il est vrai que de se faire arrêter par un membre de la Gendarmerie Royale du Canada est un facteur stressant et que nous avons le droit d'être servi dans notre langue. Imaginez le stress de vous faire soigner pour un cancer par exemple et que vous ne parlez pas la langue du soignant, et, en plus vous devez comprendre le langage inhabituel et souvent incompréhensible



des médecins dans une institution linguistiquement et culturellement étrangère. Il est donc primordial pour notre communauté d'être non seulement servie dans notre langue mais aussi dans une institution de notre communauté.

### **Le rôle du gouvernement fédéral**

À la Partie VII de la *Loi sur les langues officielles*, le gouvernement du Canada s'est engagé à « à favoriser l'épanouissement des minorités francophones et anglophones du Canada et à appuyer leur développement, ainsi qu'à promouvoir la pleine reconnaissance et l'usage du français et de l'anglais dans la société canadienne. »

Égalité Santé soumet que le gouvernement du Canada a pour rôle d'aider la Province du Nouveau-Brunswick à respecter ses obligations constitutionnelles envers la communauté linguistique française. L'article 16.1 garantit l'égalité des communautés de langues officielles du Nouveau-Brunswick, notamment le droit à des institutions distinctes qui sont nécessaires à sa protection et à sa promotion. Égalité Santé soumet que les institutions visées par l'article 16.1 inclut notamment les institutions de soins de santé. L'égalité réelle entre les communautés de langues



officielles ne peut être atteinte sans que la communauté linguistique française puisse assurer la gestion pleine et entière de ses institutions de soins de santé.

Évidemment, les revendications d'Égalité Santé en matière de gouvernance et d'égalité des institutions de soins de santé se sont heurtés à une résistance de la part du gouvernement du Nouveau-Brunswick. L'on suppose souvent que les revendications d'Égalité Santé, si elles sont mises en œuvre, occasionneraient des coûts supplémentaires pour la Province. Bien que cela ne soit pas vérifié en toutes circonstances, il demeure que les obligations du gouvernement du Canada et du Nouveau-Brunswick en matière d'égalité des communautés de langues officielles sont des obligations de résultat. À supposer que les dépenses du Nouveau-Brunswick en matière de santé sont plus élevées en raison de ses obligations constitutionnelles, il revient en partie au gouvernement fédéral de tenir compte de ces obligations lorsqu'il vient le temps de financer le système de santé néo-brunswickois. Selon Égalité Santé, il s'agit là d'un apport du gouvernement fédéral qui cadre, d'abord avec ses obligations constitutionnelles, mais aussi avec son engagement envers les





communautés de langues officielles minoritaires en vertu de la Partie VII de la *Loi sur les langues officielles*.

Nous savons que le gouvernement fédéral s'est engagé à favoriser l'épanouissement des communautés linguistiques officielles. Nous nous réjouissons du retour du Programme de contestation judiciaire qui est primordial pour nous assurer que les gouvernements respectent les droits constitutionnels de l'une ou l'autre des communautés des deux langues officielles du Canada et de notre province. Le gouvernement fédéral détient les cordons de la bourse en matière de santé. Ce dernier pourrait faire pression sur le gouvernement du Nouveau-Brunswick pour créer des structures de gouvernance qui assurent cet épanouissement. Par le biais d'entente et de transferts d'argent pour la santé, le fédéral devrait tenir compte de l'égalité réelle des communautés au Nouveau-Brunswick et de coûts additionnels que cela peut engendrer.



## **Conclusions**

Nous vous remercions de l'occasion que vous nous avez offerte de vous présenter notre situation, nos revendications et nos aspirations comme communauté francophone et acadienne en santé.

Nous avons déposé pour le Comité les mémoires que nous avons présentés à différents intervenants depuis 2010 et sommes disposés à répondre à vos questions et préoccupations.

Merci