



Santé
Canada

Health
Canada

*Votre santé et votre
sécurité... notre priorité.*

*Your health and
safety... our priority.*

L'intervention du gouvernement fédéral canadien en matière de droits linguistiques dans le secteur de la santé

Présentation au Congrès mondial des droits linguistiques

Teramo, Italie

Mai 2015

Roger Farley, Roger Guillemette et François Rivest

**Bureau d'appui aux communautés de langue officielle, ministère fédéral
de la Santé du Canada**



Canada 

L'intervention du gouvernement fédéral canadien en matière de droits linguistiques dans le secteur de la santé

Aperçu de la présentation

- La situation linguistique au Canada
- L'évolution des droits linguistiques
- Les communautés de langue officielle en situation minoritaire
- La santé et le partage des compétences
- Fondement de l'intervention du gouvernement fédéral
- Les barrières linguistiques et l'accès aux soins de santé
- Les approches vis-à-vis des barrières linguistiques
- Historique de l'intervention du gouvernement fédéral
- Le Programme de contribution pour les langues officielles en santé
- Résultats obtenus, défis et limites
- Conclusion
- Bibliographie
- Annexe – Les communautés de langue officielle en situation minoritaire au Canada



La situation linguistique au Canada

- Outre la population autochtone, qui habitait au Canada bien avant l'époque coloniale des 17^e et 18^e siècles, la société canadienne est principalement issue de l'immigration britannique et française.
- Encore aujourd'hui, malgré une immigration plus diversifiée, le français et l'anglais exercent une grande force d'attraction:
 - 6,8 millions de personnes (plus de 20% de la population) ont déclaré une langue maternelle autre que le français ou l'anglais en 2011 et presque autant utilisent une autre langue à la maison, mais seulement 6,2% n'utilisent ni l'anglais, ni le français à la maison.
 - En 2011, pas moins de 98% de la population déclarait pouvoir soutenir une conversation en français ou en anglais. (Statistique Canada, 2012a).
- Le français est néanmoins en perte de vitesse:
 - 7,7 millions de personnes, soit 23,2% de la population, ont le français comme première langue officielle parlée, comparativement à 26,3% en 1981 (Statistique Canada, 2012b).
- La proportion de personnes bilingues anglais-français n'est pas si élevée:
 - Environ 43% de la population est bilingue au Québec et 10% ailleurs au Canada (Lepage et Corbeil, 2013).



L'évolution des droits linguistiques

- La *Loi constitutionnelle de 1867* n'engageait pas le gouvernement fédéral à l'égard du bilinguisme, mais garantissait le droit d'employer le français ou l'anglais dans les débats parlementaires et devant les tribunaux.
 - En pratique, les parlementaires francophones étaient désavantagés, puisqu'ils n'étaient généralement pas compris par la majorité des députés anglophones au Parlement fédéral.
- Aujourd'hui, la *Loi sur les langues officielles* (1969) oblige le gouvernement fédéral du Canada à fournir ses services en anglais et en français partout au Canada.
- Puisque le Canada est une fédération et que les dix provinces sont souveraines dans leurs champs de compétences, les lois sur les services en français et en anglais varient d'une administration à l'autre.



Évolution récente des droits linguistiques au Canada

La première *Loi sur les langues officielles* (1969)

Droits à l'instruction dans la langue de la minorité (1982)

Appui du Gouvernement du Canada pour les minorités de langue officielle dans la *Loi sur les langues officielles* – Partie VII (1988)

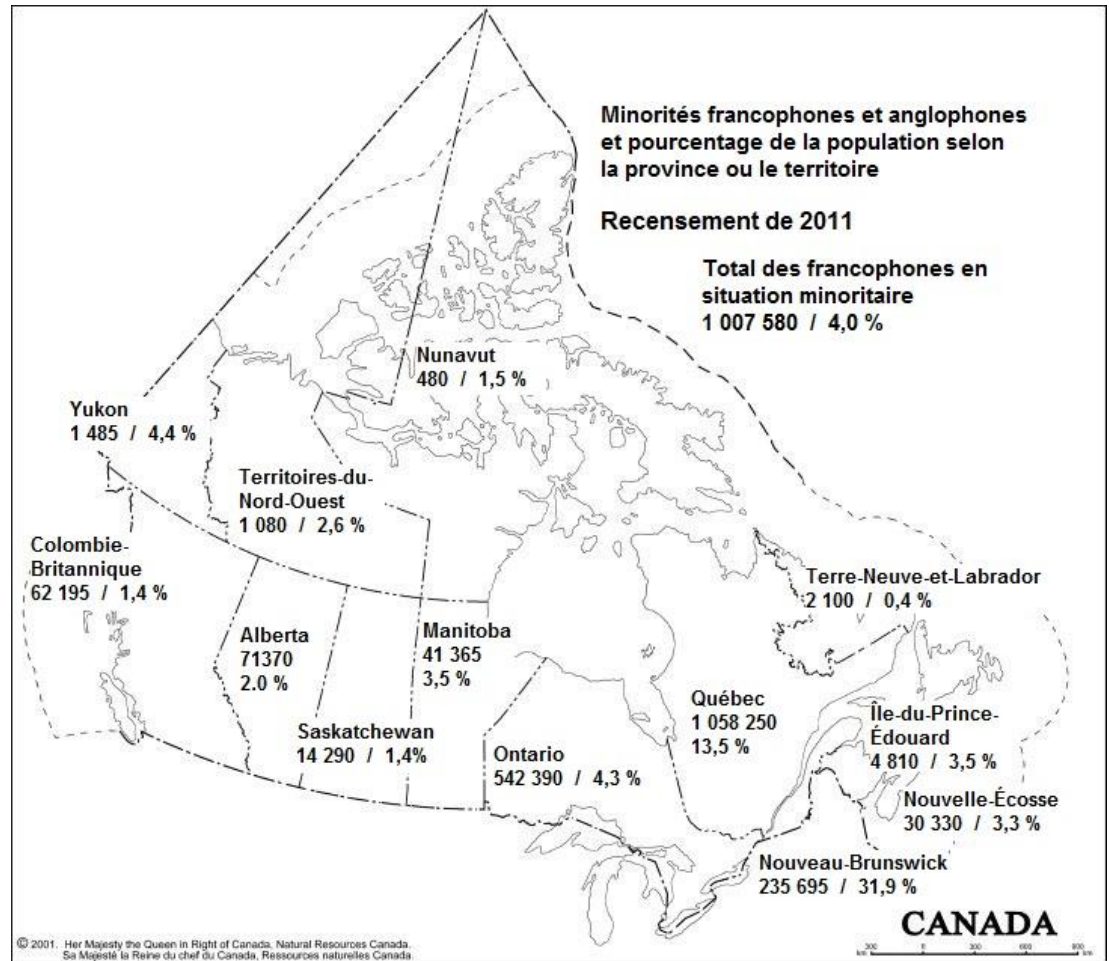
Une trentaine d'institutions fédérales doivent élaborer un plan d'action pour la mise en œuvre de l'article 41 de la *Loi sur les langues officielles* (1994)

Projet de loi S-3: *Loi modifiant la Loi sur les langues officielles*- Mesures positives pour mettre en œuvre l'article 41 (2005)



Les communautés de langue officielle en situation minoritaire

- Les francophones de toutes les provinces du Canada à l'extérieur du Québec (4% de la population totale hors-Québec).
- Les anglophones qui habitent au Québec (13,5% de la population québécoise).



La santé et le partage des compétences

- Au Canada, la gouvernance, l'organisation et la prestation des services de santé sont relativement décentralisés et relèvent principalement des gouvernements provinciaux et territoriaux (Marchildon, 2013).
- Le gouvernement fédéral joue un moins grand rôle dans le financement ou la prestation des services de santé que dans d'autres fédérations, comme l'Australie, les États-Unis et la Belgique (Braën, 2002).
- Certaines provinces ont des lois ou des règlements conférant des droits aux communautés de langue officielle en situation minoritaire dans le secteur de la santé, notamment là où leur population est plus importante:
 - Le Nouveau-Brunswick est officiellement bilingue et l'une des deux régions de santé est francophone.
 - La *Loi sur les services de santé et sur les services sociaux* du Québec prévoit que toute personne d'expression anglaise a le droit de recevoir en langue anglaise des services de santé et des services sociaux dans les établissements anglophones désignés en vertu de la Charte de la langue française. Certains services sont également offerts en anglais dans d'autres établissements indiqués.
 - Plusieurs établissements de santé en Ontario doivent fournir des services en français en vertu de la *Loi sur les services en français*.
- D'autres provinces disposent de bureaux des affaires francophones.



Fondement de l'intervention du gouvernement fédéral

Il n'y a pas de garantie constitutionnelle ou législative fédérale en ce qui a trait à l'accès à des soins de santé dans la langue officielle minoritaire au Canada, toutefois:

- La *Loi canadienne sur la santé* (L.R.C., 1985, ch. C-6) énonce dans son préambule que la « politique canadienne de la santé a pour premier objectif de protéger, de favoriser et d'améliorer le bien-être physique et mental des habitants du Canada et de faciliter un accès satisfaisant aux services de santé, sans obstacles d'ordre financier ou autre ».
- En vertu de l'article 41 (Partie VII) de la *Loi sur les langues officielles* (L.R.C. 1985, ch. 31, 4^e suppl.), le gouvernement fédéral s'engage 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. »
 - « Il incombe aux institutions fédérales de veiller à ce que soient prises des mesures positives pour mettre en œuvre cet engagement. Il demeure entendu que cette mise en œuvre se fait dans le respect des champs de compétence et des pouvoirs des provinces. »



Les barrières linguistiques dans le domaine de la santé

- « Il a été démontré que les barrières linguistiques ont des effets négatifs sur l'accès aux soins de santé, la qualité des soins, les droits des patients, la satisfaction des patients et des intervenants, et surtout, sur les résultats des traitements des patients. » (Bowen, 2001).
- Aux États-Unis, les barrières linguistiques pour la communauté hispanophone contribuent à faire augmenter la durée des hospitalisations et peuvent mener à des diagnostics erronés et à des erreurs médicales importantes (Cohen et al., 2005; Flores, 2014).
- Parmi les stratégies utilisées, le recours aux interprètes professionnels est assez fréquent et bien qu'il engendre généralement des coûts supplémentaires à court terme, cette approche permet de réduire les coûts à plus long terme (Bischoff et Denhaerynck, 2010).
- La santé des groupes minoritaires peut dépendre des barrières linguistiques, mais également d'autres facteurs d'ordre sociologique (Segalowitz et Kehayia, 2011).



Les barrières linguistiques au Canada

Les communautés de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM) du Canada font souvent face à des barrières linguistiques :

- Une étude auprès de francophones minoritaires en Alberta a démontré que les participants souhaitaient dans une large mesure avoir accès à un médecin ayant la capacité de parler français, mais que la plupart d'entre eux n'en avaient pas trouvé (Ngwakongnwi, 2012).
- Au Québec, les patients ayant subi un infarctus ont un taux de mortalité et de réadmission plus élevé là où les non-francophones sont en plus grand nombre (Drouin et al., 2009).
- En Ontario, des médecins ont prescrit un traitement psychologique à un enfant francophone de six ans suite à un traumatisme sévère, mais étant donné l'absence de psychologue francophone, les parents ont dû attendre que leur enfant apprenne l'anglais pour pouvoir consulter un psychologue anglophone (Boileau, 2009).
- Au Manitoba, une femme immigrante francophone a accouché de jumeaux mort-nés à 30 semaines de grossesse et le personnel hospitalier a dû avoir recours à des membres de la famille en état de choc pour assurer l'interprétation (Bowen, 2011).



L'accès aux soins de santé dans la langue officielle de choix au Canada

- Une population minoritaire vieillissante qui n'a pas toujours accès à des services dans sa langue, parfois par manque d'offre active (De Moissac et al., 2012)
- Les CLOSM ont un accès inférieur à la majorité linguistique aux professionnels de la santé dans la plupart des régions sociosanitaires au pays (Bouchard et Warnke, 2013).
- Selon une étude auprès des immigrants francophones du nord de l'Ontario, 87% d'entre eux souhaitent obtenir des services en français, mais la plupart (64%) obtiennent des consultations en anglais en raison de l'unilinguisme des professionnels de la santé (Dupuis-Blanchard et al., 2013).
- À l'extérieur du Nouveau-Brunswick, seulement 34% des francophones en situation minoritaire déclarent qu'il leur serait facile d'obtenir des services de santé en français (Grenier et al. 2007).
- Il existe d'importantes disparités régionales. Par exemple, 25% de la population est francophone dans le nord-est de l'Ontario, mais seulement 7% des médecins sont francophones (Gauthier et al., 2012; Blaser, 2009).
- Une proportion plus élevée des CLOSM se perçoit en mauvaise santé, est sous le seuil de la pauvreté, déclare au moins deux maladies chroniques, fume ou boit régulièrement (Bouchard et Desmeules, 2011).



L'accès perçu dans la langue minoritaire

Niveau de difficulté perçu à obtenir des services de santé dans la langue de la minorité	
Province	Très difficile ou impossible
Terre-Neuve-et-Labrador	78%
Île-du-Prince-Édouard	66%
Nouvelle-Écosse	57%
Nouveau-Brunswick	11%
Québec	50%
Ontario	40%
Manitoba	40%
Saskatchewan	72%
Alberta	67%
Colombie-Britannique	71%
Territoires	64%

Source: Grenier et al. (2007)



Les approches vis-à-vis des barrières linguistiques

Forgues et Traisnel (2009) distinguent deux approches visant à promouvoir les droits des minorités linguistiques en santé et à réduire les barrières linguistiques:

- *L'approche individuelle*, notamment par le recours aux interprètes, à la traduction des documents, au recrutement de ressources humaines bilingues et à l'offre de renseignements sur la disponibilité des services de santé bilingues.
 - Aux États-Unis, les établissements de santé doivent tenir compte du *Civil Rights Act* de 1964 et de diverses législations fédérales et étatiques interdisant la discrimination et favorisant la prestation de services linguistiquement et culturellement appropriés.
- L'approche communautaire, où le statut linguistique de municipalités ou de territoires sont définis et où des droits communautaires sont reconnus.
 - En Belgique et en Finlande, des communautés linguistiques sont officiellement reconnues et bénéficient de certains droits collectifs.

Le gouvernement fédéral canadien adopte une approche individuelle, mais la *Loi sur les langues officielles* reconnaît les communautés et des droits collectifs sont conférés par certaines provinces.



Historique de l'intervention du gouvernement fédéral

- Le 24 février 1997, la Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario, recommande la fermeture du seul hôpital universitaire francophone en Ontario et dans tout le Canada à l'ouest du Québec.
- Deux jugements en 1999 et en 2001 empêchent la fermeture de l'hôpital sur la force du principe fondamental non écrit de la Constitution, soit le respect et la protection des minorités linguistiques (Pelletier, 2013).
- Lors de la même période, le ministère fédéral de la Santé reçoit deux plaintes en ce qui a trait à l'appui aux communautés de langue officielle en situation minoritaire. Des mesures sont prises dès 1999:
 - Des études sont financées sur les barrières linguistiques et les modèles communautaires pouvant répondre aux besoins des communautés francophones et anglophones en situation minoritaire.
 - En mai 1999, création du Bureau d'appui aux communautés de langue officielle.
 - Mise sur pied de deux comités consultatifs (Santé Canada, 2000).
 - Établissement d'un programme de financement en 2003.



Le Programme de contribution pour les langues officielles en santé

Le financement du ministère de la Santé fait partie d'une stratégie fédérale qui met à contribution 14 ministères et organismes gouvernementaux visant à protéger, célébrer et renforcer les deux langues officielles partout au Canada.

Les résultats visés sont:

1. un accès accru à des professionnels de la santé et à des membres du personnel d'accueil bilingues dans les CLOSM et
2. une offre accrue de services de santé pour les CLOSM au sein des établissements de santé et des communautés.

Le programme appuie trois activités prioritaires :

1. Intégration des professionnels de la santé dans les communautés de langue officielle en situation minoritaire par la formation professionnelle et linguistique
2. Mobilisation des partenaires de la santé par des réseaux de santé communautaires, y compris les provinces et les territoires
3. Projets pour organiser et adapter les services de santé ainsi que pour maintenir en poste les ressources humaines en santé bilingues



Résultats obtenus dans le cadre de l'initiative fédérale

Les activités financées par le ministère fédéral de la Santé depuis 2003 ont donné des résultats positifs:

- Accroissement du nombre de professionnels de la santé en mesure de fournir des services dans la langue minoritaire, notamment en Ontario, au Québec et au Nouveau-Brunswick.
 - Plus de 4000 diplômés d'établissements postsecondaires en santé
 - Près de 7000 membres du personnel de la santé ayant reçu de la formation linguistique
- Les réseaux de santé qui exercent des activités de mobilisation sont perçus comme étant des centres de liaison pour la gestion des préoccupations en matière de santé des CLOSM dans plusieurs provinces et territoires (Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada, 2013).
 - Chaque réseau est directement associé avec des initiatives d'amélioration du système de santé impliquant des professionnels de la santé, les communautés, ainsi que les agences régionales de santé.



Défis et limites de l'intervention

L'intervention du gouvernement fédéral ne peut à elle seule éliminer les barrières linguistiques:

- Gouvernance morcelée et normes plus ou moins contraignantes selon les provinces (Traisnel et Forgues, 2009).
- La capacité des réseaux d'atteindre des résultats dépend de la mesure dans laquelle leurs priorités d'intervention sont les mêmes que celles des provinces (Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada, 2013).

Les défis sont importants dans les communautés dispersées:

- Manque d'offre active et hésitation des professionnels de la santé à s'afficher comme francophones (de Moissac et al., 2012).
- Besoin d'identifier des approches, en plus de la formation professionnelle, pour accroître l'accès aux services de santé donnés dans la langue de la minorité dans les régions où la population des CLOSM est faible et/ou dispersée (Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada, 2013).



Conclusion

- Bien qu'il n'offre aucune garantie formelle, le cadre constitutionnel et législatif canadien permet au gouvernement fédéral d'intervenir dans une certaine mesure pour réduire les barrières linguistiques dans le domaine de la santé.
- Depuis 2003, des investissements du ministère fédéral de la Santé totalisant plus de 300 millions de dollars canadiens (220 millions d'euros) ont permis d'améliorer l'accès aux soins de santé dans la langue officielle minoritaire.
- Au cours des prochaines années, des projets innovateurs seront mis en œuvre avec l'appui des gouvernements provinciaux pour réduire les obstacles et favoriser le maintien en poste des professionnels de la santé dans les CLOSM.



Bibliographie

- Bischoff A et K Denhaerynck. 2010. What do language barriers cost? An exploratory study among asylum seekers in Switzerland. BMC Health Services Research 10: 248-254.
- Boileau F. 2009. Rapport spécial sur la planification des services de santé en français en Ontario, 2009. Ottawa: Commissariat aux services en français. Gouvernement de l'Ontario.
- Bowen S. 2011. Linguistic Barriers in Access to Health Services: State of Knowledge and Best Practices. Présentation à la rencontre d'échange du RCSSS. Québec. Le 15 mars 2011.
- Blaser C. 2009. Professionnels de la santé et minorités de langue officielle au Canada: 2001 et 2006. Ottawa. Statistique Canada.
- Bouchard L et M Desmeules. 2011. Minorités de langue officielle du Canada: Égales devant la santé? Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Braën A. 2002. La santé et le partage des compétences au Canada. Ottawa: Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Gouvernement du Canada.
- Bowen, S. 2001. Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé. Ottawa. Préparé pour Santé Canada.
- Cohen AL, F Rivara, E Marcuse, H McPhillips et R Davis. 2005. Are Language Barriers Associated With Serious Medical Events in Hospitalized Pediatric Patients? Pediatrics 116(3): 575-579.
- De Moissac D, J Rocquigny et F Giasson. 2012. Défis associés à l'offre de services de santé et de services sociaux en français au Manitoba: perceptions des professionnels. Reflets 18(2): 66-100
- Drouin, C, J Courteau, G Orzanco, D Leroux et A Vanasse. 2009. Barrières linguistiques et inégalités de santé au Québec: le cas de l'infarctus du myocarde. Groupe de recherche primus. Présentation au Colloque sur la santé des communautés de langue officielle en situation minoritaire du Canada (Ottawa, 2009).
- Flores G. 2014. Families Facing Language Barriers in Healthcare: When Will Policy Catch Up with the Demographics and Evidence? The Journal of Pediatrics 164(6): 1261-1264.
- Gauthier AP, PE Timony et EF Wenghofer. 2012. Examining the Geographic Distribution of French-Speaking Physicians in Ontario. Canadian Family Physician 58: e717-e724.
- Grenier C, JP Corbeil et SA Lafrenière. 2007. Les minorités prennent la parole: résultats de l'Enquête sur la vitalité des minorités de langue officielle. Ottawa. Statistique Canada.



Bibliographie (suite)

- Hien A et J Lafontant. 2013. Iniquités de santé en milieu minoritaire: diagnostic de la situation chez les immigrants francophones de Sudbury. *Revue canadienne de santé publique* 104(6): S75-S78.
- Lepage JF et JP Corbeil. 2013. Regards sur la société canadienne: L'évolution du bilinguisme français-anglais au Canada de 1961 à 2011. Ottawa. Statistique Canada.
- Marchildon GP. 2013. Canada : Examen du système de santé. Dans *Systèmes de santé en transition* 15(1): 1-183.
- Ngwakongnwi E, BR Hemmelgarn, R Musto, H Quan et KM King-Shier. 2012. Experiences of French Speaking Immigrants and Non-immigrants Accessing Health Care Services in a Large Canadian City. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 9: 3755-3768.
- Pelletier JY. 2013. Chronologie de l'histoire de l'Hôpital Montfort d'Ottawa (1947 à 2013). Ottawa. Hôpital Montfort.
- Santé Canada. 2000. Rapport des réalisations 1999-2000. Ottawa. Gouvernement du Canada.
- Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada. 2013. Évaluation du Programme de contribution pour les langues officielles en santé 2008-2012. Ottawa. Gouvernement du Canada.
- Segalowitz N et E Kehayia. 2011. Exploring the Determinants of Language Barriers in Health Care (LBHC): Toward a Research Agenda for the Language Sciences. *La Revue canadienne des langues vivantes* 67(4): 480-507.
- Statistique Canada. 2012a. Caractéristiques linguistiques des Canadiens: Langue, Recensement de la population de 2011. Ottawa. Gouvernement du Canada.
- Statistique Canada. 2012b. Le français et la francophonie au Canada: Langue, Recensement de la population de 2011. Ottawa. Gouvernement du Canada.
- Traisnel, C et E Forgues. 2009. La santé des minorités linguistiques: l'approche canadienne au regard de cas internationaux. *Francophonies d'Amérique* 28: 17-46.
- Youdelman, MK. 2008. The Medical Tongue: U.S. Laws And Policies On Language Access. *Health Affairs* 27(2): 424-433.
- Warnke J et L Bouchard. 2013. Validation de l'équité d'accès des CLOSM aux professionnels de la santé dans les régions sociosanitaires du Canada. *Revue canadienne de santé publique* 104(6): S49-S54.



Annexe – Les CLOSM au Canada

Par première langue officielle parlée (PLOP)	2006		2011	
	Nombre	% de la population	Nombre	% de la population
Terre-Neuve-et-Labrador	1 935	0,4%	2 100	0,4%
Île-du-Prince-Édouard	5 135	3,8%	4 810	3,5%
Nouvelle-Écosse	32 230	3,6%	30 330	3,3%
Nouveau-Brunswick	235 130	32,7%	235 695	31,9%
Ontario	537 595	4,5%	542 390	4,3%
Manitoba	43 120	3,8%	41 365	3,5%
Saskatchewan	14 855	1,6%	14 290	1,4%
Alberta	62 790	1,9%	71 370	2,0%
Colombie-Britannique	61 740	1,5%	62 195	1,4%
Yukon	1 185	3,9%	1 485	4,4%
Territoires-du-Nord-Ouest	1 005	2,5%	1 080	2,6%
Nunavut	425	1,4%	480	1,5%
Total des francophones à l'extérieur du Québec	997 125	4,2%	1 007 580	4,0%
Anglophones au Québec	994 725	13,4%	1 058 250	13,5%

