



Chambre des communes
CANADA

Comité permanent des langues officielles

LANG • NUMÉRO 016 • 1^{re} SESSION • 39^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 19 octobre 2006

Président

M. Guy Lauzon

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante :

<http://www.parl.gc.ca>

Comité permanent des langues officielles

Le jeudi 19 octobre 2006

• (0910)

[Français]

Le président (M. Guy Lauzon (Stormont—Dundas—South Glengarry, PCC)): Bonjour, mesdames et messieurs. Bienvenue à tous les députés ainsi qu'à nos invités. Nous sommes heureux d'accueillir, ce matin, Mme Louise Bouchard, Mme Nicole Robert et M. Marc Laflamme.

Nous allons procéder dans l'ordre suivant: Mme Robert, M. Laflamme, puis Mme Bouchard. Ensuite, nous passerons à une période de questions.

Madame Robert.

Mme Nicole Robert (directrice, Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario, Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario):

Bonjour, monsieur le président, chers membres du comité.

Mon nom est Nicole Robert. Je suis présidente du conseil d'administration du Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario. Permettez-moi de vous présenter M. Marc Laflamme, de l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa, qui nous parlera, dans quelques instants, du merveilleux projet FrancoForme.

Le système de santé de l'Est ontarien regroupe 20 hôpitaux, 66 organismes de services communautaires de soutien, 26 organismes communautaires de santé mentale, 8 centres de santé communautaires, 1 240 médecins de famille et 1 450 spécialistes. De ce nombre, 66 agences sont dites désignées ou identifiées, c'est-à-dire qu'elles sont tenues par la province d'offrir des services de santé en français.

Mon intention, en vous présentant ces chiffres, n'est pas de tirer de conclusion facile. J'évoque plutôt l'environnement dynamique dans lequel évolue le Réseau de l'Est, afin de mieux vous présenter les enjeux en matière de services de santé en français, l'impact du réseau sur l'accès et la pertinence d'un engagement continu en santé à l'égard des communautés minoritaires de langue officielle.

Le Réseau de l'Est a le mandat d'assurer l'accès à toute la gamme des services de santé de qualité, en français, aux quelque 226 000 francophones de l'Est ontarien. Dans l'ensemble, la population francophone représente 20 p. 100 de la population de la région, mais nos représentants à la Chambre des communes auront vite fait de confirmer que cette proportion dépasse 40 p. 100 dans certaines localités de Stormont, Dundas et Glengarry et qu'elle atteint 70 p. 100 dans les comtés de Prescott et Russell.

C'est dire que l'accès revêt une importance particulière pour la clientèle francophone et pour les établissements membres du réseau qui assurent la prestation des services en français. Le réseau voit à la réalisation de son mandat en collaboration avec ses partenaires par la planification, le développement et l'évaluation des services en français sur le territoire.

Le réseau a été établi à la suite d'une décision de la Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario au mois d'août 1997. Il a été reconnu comme organisme consultatif indépendant en 2002, en vertu d'un protocole d'entente signé par M. Tony Clement, alors ministre de la Santé et des Soins de Longue durée de l'Ontario.

Le réseau est formé de 61 établissements et organismes de santé ainsi que des établissements d'enseignement postsecondaire qui offrent des services de santé en français dans l'Est ontarien.

Afin de réaliser son mandat, le réseau a mis en place une structure de collaboration réunissant divers intervenants du domaine de la santé, en comités et en groupes de travail sectoriels. Les participants sont principalement des représentants des agences de santé, des membres de la communauté francophone et d'autres secteurs d'intervention, tels les services sociaux.

De plus, le Réseau est lié aux trois autres réseaux de santé en français en Ontario ainsi qu'aux 13 réseaux à l'oeuvre dans les autres provinces et territoires du pays par l'intermédiaire de la Société Santé en français.

Une partie importante du mandat du réseau consiste à appuyer le développement des services de santé en français sur le territoire de Champlain. Depuis huit ans, le réseau fournit une aide et des conseils individualisés aux hôpitaux et organismes communautaires en santé qui engagés dans le processus de désignation, conformément à la Loi sur les services en français de l'Ontario. À différents degrés, ces agences déploient des efforts pour assurer l'offre de services en français par des activités telles que le recrutement et la dotation des ressources humaines aptes à travailler en français; l'organisation des services au niveau de l'accueil et de la prestation directe; les communications en français; la continuité du service en français au sein de l'agence et en lien avec les autres agences au sein du système.

De façon concrète pour la population est ontarienne, ces actions se traduisent par une offre proactive de services de santé pour la clientèle francophone, qui peut ainsi identifier les services en français et s'en prévaloir.

Le réseau a également piloté un projet de sensibilisation sur les carrières en santé auprès des étudiants des écoles de langue française, en vue de faciliter le recrutement futur des professionnels de la santé. Le réseau appuie également les organismes de santé et la collectivité francophone dans le développement d'initiatives et de programmes de santé qui portent notamment sur les soins de santé primaires, dans le comté de Renfrew et également dans la région de Kingston-Mille-Îles.

• (0915)

En 2003, le réseau a géré une somme de 1,4 million de dollars octroyée par le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, Santé Canada et la Société Santé en français. Vingt-trois projets ont été soumis dans la région, dont 9 ont été retenus.

Pour bien illustrer l'effet tangible de l'initiative des projets FASSP et l'enthousiasme suscité chez ses partenaires, je cite l'exemple de l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa, sous le leadership du Dr Wilbert Keon, également sénateur.

J'invite maintenant M. Marc Laflamme, coordonnateur de FrancoForme, à présenter les résultats du projet retenu.

M. Marc Laflamme (coordonnateur, Projet francoforme, Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario): Merci, Nicole.

Monsieur Lauzon, chers membres du comité, merci de nous avoir fourni l'occasion de vous adresser la parole aujourd'hui.

Lorsque mes enfants me demandent de faire un achat quelconque, je leur demande toujours si cet achat répond à nos critères. En d'autres mots, l'article en question doit être bon, beau, pas cher, et on doit forcément en avoir besoin.

En 2005, l'Institut de cardiologie a reçu des fonds pour mettre en oeuvre un nouveau programme dans le cadre des projets FASSP. En voici un résumé.

Le problème est le suivant: la maladie cardiovasculaire est la principale cause d'invalidité et de décès prématurés en Ontario. Le taux de maladie cardiovasculaire, ainsi que la prévalence des facteurs de risque associés aux maladies cardiovasculaires, sont beaucoup plus élevés chez les résidents francophones de la province que chez les anglophones. Le projet FrancoForme vise à réduire la disparité entre les francophones et les anglophones de la région Champlain en matière de santé cardiovasculaire. Il cible les francophones établis tant en région urbaine que rurale et vise à améliorer leur accès à des services individualisés de prévention et de réadaptation cardiovasculaires, ce qui mènera à une amélioration de leur santé cardiovasculaire. On en a besoin.

Parlons maintenant de solution. Le projet FrancoForme est dirigé et géré par l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa, en collaboration avec des partenaires communautaires, notamment le Bureau de santé de l'Est de l'Ontario et le Centre de santé Communautaire de l'Estrie. Le programme favorise des habitudes de vie saines en faisant la promotion de l'activité physique, de l'alimentation saine et équilibrée, de la gestion du stress, de l'abandon du tabac et d'un contrôle adéquat du cholestérol et de la glycémie. Un conseiller joint le participant par téléphone une fois par semaine, sur une période de trois mois. Ses facteurs de risque pour la maladie cardiovasculaire sont évalués au début et à la fin du programme. En somme, le programme FrancoForme offre à ses

participants la possibilité d'une prise en charge qui les guidera vers un mode de vie plus sain et réduira leurs facteurs de risque de maladie cardiovasculaire. C'est bon.

Voyons à présent les résultats. Un comité consultatif a été créé pour offrir appui et conseil durant tout le projet. Par ailleurs, nos partenaires communautaires nous ont offert un soutien considérable et constant durant tout le projet. Le programme est maintenant en place et en marche à l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa et au Bureau de santé de l'Est de l'Ontario à Alexandria. Plusieurs participants ont déjà complété le programme. Tel que prévu, nous notons une amélioration des facteurs de risque tels leur taux de cholestérol, leur tension artérielle, leur poids, leur niveau d'activité physique et leur sensation de bien-être. Ces participants se disent aussi très satisfaits de leur expérience. C'est beau.

De plus, une évaluation en bonne et due forme de notre projet a démontré que non seulement l'intervention était efficace du point de vue clinique, mais que ce modèle de prestation de services était moins coûteux qu'un programme de réadaptation cardiaque traditionnel. Ce n'est pas cher.

J'aimerais maintenant faire des recommandations au comité. La santé des francophones nous tient à coeur. Dans le cadre de notre projet FASSP, nous avons cerné le problème, nous avons visé la population à risque et nous avons eu un impact significatif et durable sur son état de santé. Nous croyons fortement que le programme FrancoForme, mis au point dans le cadre de ce projet, peut être mis en pratique non seulement dans la région Champlain, mais qu'il a le potentiel de devenir un modèle de prestation de services de prévention et de réadaptation cardiovasculaires pour d'autres communautés francophones de l'Ontario et, éventuellement, du Canada. L'élargissement du programme, par l'ajout d'un ou de plusieurs points d'accès, tel celui prévu à Cornwall dans le cadre du projet de base, se fera au cours des prochains mois.

Une fois le programme bien établi dans la région Champlain, nous recommanderons la mise en place d'autres sites satellites dans le nord de l'Ontario ainsi que dans d'autres régions francophones du Canada. La viabilité de ces satellites dépendra des ressources financières disponibles et d'une association à différents organismes locaux de santé intéressés à mettre sur pied le programme et à le maintenir. En somme, nous proposons de créer une infrastructure afin d'établir ce service dans d'autres régions de l'Ontario et du Canada où il y a une forte population de francophones à risque. Des initiatives comme celle-ci, c'est bon, c'est beau, c'est pas cher, et nos francophones en ont besoin.

Merci.

• (0920)

Mme Nicole Robert: Merci, Marc.

J'enchaîne donc sur le sujet de l'importance de la planification des services dans la région.

Au fil des ans, le réseau a réalisé maintes études sur les services en français et a assumé la planification de ces services par l'intermédiaire de ses groupes de travail et au moyen d'activités telles que des forums communautaires.

Par ailleurs, le réseau a procédé à l'élaboration du Plan régional pour les services de santé en français 2005-2006, une responsabilité confiée par le ministre de la Santé et des Soins de longue durée. C'est dans ce contexte que le projet Préparer le terrain, ayant comme objectif d'établir un plan de développement des soins de santé primaires en français dans l'Est ontarien, a été mené par le réseau et intégré au plan régional.

Cet exercice important a engendré une liste de recommandations et de priorités pour les services de santé en français, qui ont été présentées au réseau local d'intégration des services de santé de la région de Champlain à l'automne 2006. Ce sont: les ressources humaines, l'organisation des services, les soins primaires, la responsabilisation au sein du système et l'appui aux agences de santé dans l'offre des services en français.

La suite du plan régional consiste en l'élaboration et la mise en oeuvre des pistes d'action, une étape que nous comptons aborder sous peu.

Le gouvernement du Canada a été un partenaire de la première heure du Réseau de l'Est. Par l'entremise de Patrimoine canadien, puis de Santé Canada et de la Société Santé en français, il a contribué directement à notre rôle de promoteur des services de santé en français dans la région, et ce, depuis les débuts du réseau.

En ce qui a trait à la collaboration avec les instances provinciales, nous suivons avec intérêt, depuis deux ans, l'évolution de la transformation du système de santé lancée par le ministre de la Santé.

Le projet de régionalisation des services de santé de la province, par la création de réseaux locaux d'intégration des services, a une incidence toute particulière sur les services en français.

En effet, il est question d'une intégration réelle des services de santé en français, au sein du système de santé provincial et local. Il y va également d'une amélioration de l'accès aux services et de reddition de comptes par l'entremise d'une loi et de sa réglementation.

Bref, nous accueillons avec plaisir le leadership du gouvernement provincial en ce qui touche la santé en français et la population francophone, de même que la perspective d'une collaboration encore plus étroite sur la question des services de santé en français à l'échelon régional.

Dans ce contexte, la complémentarité des compétences entre les instances provinciales et fédérale en santé est envisageable. Le Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario est en mesure de jouer un rôle déterminant dans la concertation entre les partenaires.

À cet égard, nous souhaitons vivement pouvoir poursuivre notre activité dans un but unique, celui d'améliorer l'accès aux services de santé de notre communauté et de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population francophone.

Je vous remercie de l'invitation à comparaître devant vous aujourd'hui.

Merci.

Le président: Merci, madame Robert.

Madame Bouchard, je pense que vous avez des commentaires à faire.

Mme Louise Bouchard (professeure, directrice du programme de doctorat en santé des populations, Université d'Ottawa): Je vous remercie, monsieur le président, madame la greffière et membres du comité.

Je vous remercie aussi de cette invitation à témoigner devant vous aujourd'hui. C'est en tant que professeure-chercheuse que je vais faire mon intervention, principalement sur les questions liées à la recherche.

Premièrement, j'aborderai l'état des connaissances: que savons-nous sur la santé, sur les questions de santé en milieu minoritaire? Comment produire la connaissance? Quels sont les enjeux liés à la production de connaissances sur cette problématique? Enfin, quels sont les meilleurs moyens ou la nécessité de développer une infrastructure de recherche qui permette de documenter de manière continue les besoins liés à cette problématique?

Alors que savons-nous, actuellement, sur la santé des communautés francophones en situation minoritaire? Nous savons que ces communautés sont dispersées aux quatre coins du pays, avec une plus forte concentration en Ontario et au Nouveau-Brunswick. Nous savons qu'elles présentent un profil diversifié, selon leur contexte démographique et socioéconomique. Les données vont révéler que les membres des communautés francophones sont en général moins jeunes, moins scolarisés et moins nombreux sur le marché du travail. Les francophones en situation minoritaire sont davantage concentrés dans des régions où l'économie est plus instable, rendant ainsi plus difficiles le développement et l'accès aux ressources sociales.

La refonte de la Loi sur les langues officielles en 1988 a engagé le gouvernement fédéral à appuyer le développement des communautés francophones et anglophones en situation minoritaire au Canada, et à promouvoir la pleine reconnaissance et l'usage du français et de l'anglais. L'importance de la langue revêt une dimension particulièrement grande lorsqu'il s'agit des questions de santé. La capacité de comprendre et d'être compris est essentielle à une relation efficace entre les professionnels de la santé et les usagers, et l'accès à des services de santé dans sa langue est un élément essentiel à l'amélioration des conditions de santé et à l'appropriation de la santé par la population.

Plusieurs articles et rapports récents ont décrit les défis et les problématiques, en matière de santé, auxquels fait face la population francophone à l'extérieur du Québec. Une publication de Santé Canada décrit les effets négatifs de la barrière linguistique sur l'accès aux services de santé, sur la qualité des soins et sur la santé elle-même.

En dépit d'une protection universelle, les usagers du système de soins qui ne peuvent communiquer dans leur langue n'ont pas le même accès ou la même qualité de soins que leurs concitoyens. La barrière linguistique réduit le recours aux services préventifs, limite l'accès à tous les services qui s'appuient sur la communication, notamment la santé mentale, la réadaptation et les services sociaux, ainsi que le suivi adéquat des patients, et en contrepartie, contribue à accroître les services d'urgence et le recours à des examens additionnels pour compenser les problèmes de communication.

Par exemple, l'étude coordonnée par la FCFA, la Fédération des communautés francophones et acadienne, a révélé que les services de santé en français dans divers lieux de prestation de services étaient de trois à sept fois moins accessibles aux francophones dans les 71 régions du pays où ils vivent en situation minoritaire.

Les quelques analyses menées sur le groupe de francophones de l'Ontario ayant participé à l'Enquête nationale sur la santé de la population, en 1996-1997, permettent aussi de soutenir l'hypothèse d'une situation de santé différente chez les francophones et d'un rôle plus grand, chez eux, de certains déterminants de la santé. Sans que les écarts soient importants, les francophones de l'Ontario seraient moins nombreux à déclarer avoir une très bonne santé, plus nombreux à déclarer une restriction d'activités, à dire qu'ils souffrent d'un problème de santé chronique, à obtenir un indice moyen plus élevé à l'échelle de détresse et à être sujets d'une plus forte consommation de médicaments; aussi, un pourcentage plus important d'usagers disent ne pas pouvoir obtenir les services dont ils ont besoin.

Alors, ces disparités sont peu documentées et n'ont toujours pas donné lieu à des évaluations rigoureuses des politiques et des programmes en matière de santé.

Dans le but de mieux les comprendre — et vous avez ici les quelques résultats dont je vais parler, sur le petit diaporama qui vous sera présenté —, notre équipe, qui est issue d'un partenariat entre Statistique Canada et des chercheurs de l'Université d'Ottawa, dont je suis, a donc cherché à savoir si le fait de vivre en situation linguistique minoritaire pouvait être considéré comme un déterminant de la santé. Je m'excuse de ne pas avoir identifié ma provenance. Je suis aussi à l'Institut de recherche en santé des populations de l'Université d'Ottawa.

• (0925)

On a donc cherché à savoir si le fait de vivre en situation linguistique minoritaire pouvait être considéré comme un déterminant de la santé. Avec la collaboration du Groupe d'analyse et de modélisation de la santé de Statistique Canada, nous avons fusionné les Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2001 et de 2003, afin d'avoir le plus grand échantillon possible, ce qui pose souvent problème pour faire les analyses secondaires.

Notre objectif, notre question était d'évaluer la relation entre la situation minoritaire et l'état de santé auto-évalué, une variable de perception qui est liée étroitement à la situation objective. En recherche, cette variable a une validité scientifique fortement reconnue. On peut donc l'utiliser sans crainte de trop influencer les résultats. On a introduit quatre blocs de variables liés au style de vie, aux données sociodémographiques, au contexte de vie et aux incapacités. Nous posions comme hypothèse que la situation linguistique minoritaire en elle-même, et malgré les principes d'universalité et d'accessibilité des soins et services au Canada, influencerait négativement les états de santé perçue. Les résultats montrent qu'en tenant compte de la structure d'âge, les francophones vivant en situation minoritaire sont plus enclins à déclarer une moins bonne santé que les anglophones en situation majoritaire, autant chez les hommes que chez les femmes.

Ces résultats soulèvent un fait important qui n'avait jamais été exploré dans le contexte canadien des langues officielles. Comme l'ont amplement démontré les publications sur la santé des populations, l'âge, le sexe, le revenu sont les principaux déterminants de la santé, mais le fait de vivre en situation minoritaire n'avait pas, jusqu'à maintenant, été documenté. Ces résultats, ajoutés aux observations et aux premières études sur le sujet confirmant une

différente situation de santé affectant négativement les communautés francophones minoritaires, soulèvent l'importance d'approfondir et de mieux comprendre l'ensemble des déterminants de la santé.

Les résultats font également valoir l'importance accrue de mener des analyses contextuelles ou écologiques de la santé, permettant de mieux comprendre les interactions entre les contextes, les milieux de vie locaux et la santé.

Le rapport minoritaire/majoritaire semble traduire une inégalité sociale et d'accès aux ressources qui, mêlée aux autres déterminants sociaux de la santé — le statut socioéconomique, l'éducation, l'alphabétisme, l'âge, le sexe et l'immigration — contribue, de fait, aux disparités en santé.

Ceci pose à nouveau une question fondamentale qui à plusieurs reprises a été soulevée par les groupes de pression, celle de la dualité linguistique et de l'inclusion d'un sixième principe à la Loi canadienne sur la santé, relatif à l'accès aux soins de santé dans les deux langues officielles comme autre condition nécessaire au financement fédéral.

Actuellement, le contexte des réformes est particulièrement propice pour réfléchir à l'organisation des services, comme en ont témoigné les collègues actifs dans les réseaux sur le terrain. Mais il est aussi important de documenter ces réalités et en ce sens, la recherche est un outil indispensable pour le faire. À l'heure actuelle, plusieurs obstacles entravent la recherche dans ce domaine. La marginalisation du champ d'études, la difficulté d'obtenir de l'information probante, la dispersion des chercheurs dans l'ensemble du Canada, leur affiliation à de petites universités souvent moins compétitives et offrant peu de programmes d'études rendent encore plus difficiles pour ces professeurs la possibilité de mener leurs recherches.

Depuis deux ans, la commission conjointe de la recherche, issue du CNFS, le Consortium national de formation en santé, et de la Société Santé en français, travaille ardemment à bâtir un environnement propice au développement de la recherche, à favoriser le réseautage et le soutien à des équipes thématiques, pour remédier aux carences d'information sur les états de santé, les déterminants sociaux de la santé et l'accès aux services. Pour ce faire, la commission a entrepris de sensibiliser les organismes de subvention tels que les IRSC, les Instituts de recherche en santé du Canada, ou le CRSH, le Conseil de recherche en sciences humaines, à l'importance de la recherche stratégique sur les communautés de langue officielle minoritaire.

● (0930)

Cette initiative a porté fruit et a donné lieu au développement de concours stratégiques sur la thématique, au cours de l'année passée. Je profite d'ailleurs d'une subvention avec ma collègue, Ann Leis, de la Saskatchewan. Ces initiatives, non seulement doivent être maintenues, mais demandent également à être renforcées, car elles donnent aux chercheurs les moyens véritables de produire une recherche de qualité nécessaire à une analyse fiable des déterminants et des besoins en santé en situation minoritaire. C'est par la recherche que les connaissances deviennent utiles aux décideurs et planificateurs; c'est par la recherche que les étudiants se forment aux réalités et apprennent véritablement le métier qu'ils exerceront, nous le souhaitons, avec le plus de clairvoyance possible.

Il est crucial que les organismes subventionnaires, avec des partenaires, assurent un financement durable à une problématique aussi importante que les enjeux de langue officielle dans notre contexte canadien, ceci afin d'assurer une production continue de connaissances de qualité; de soutenir des équipes, des réseaux de recherche, la relève; de pouvoir mettre en oeuvre des études plus étendues et représentatives des francophones dans un grand nombre de provinces. À ce chapitre, il faut souligner les limites importantes des données administratives de santé qui ne permettent pas d'étudier les communautés de langue officielle parce que la variable linguistique n'est jamais inscrite aux dossiers de santé. C'est un problème qui peut être résolu aisément; cette information serait essentielle à la recherche pour bien comprendre où se situent les disparités. Il en est de même des enquêtes nationales sur la santé qui, sans suréchantillonnage provincial, ne permettent pas non plus de mener à bien les études dans les différentes provinces. Par exemple, dans l'Enquête sur les collectivités, il n'y a que l'Ontario qui a suréchantillonné. On peut faire des études sur l'Ontario, mais il est extrêmement difficile de sortir du contexte ontarien. Alors, il serait bon de recommander aux provinces de faire en sorte que les études, les enquêtes nationales, puissent permettre l'étude des communautés en situation minoritaire.

En fait, ces lacunes pourraient être comblées si la recherche dans ce domaine était prise au sérieux et qu'on lui donne les moyens d'avancer. L'élaboration d'une infrastructure de recherche est, à mon avis, le moyen le plus probant de développer réellement une capacité de recherche sur les minorités sociolinguistiques et la santé, ainsi qu'un véritable réseau d'équipes de chercheurs avec des ramifications de plus en plus grandes. Ce réseau va se constituer grâce au recrutement de jeunes chercheurs et étudiants qui profiteront du mentorat de chercheurs chevronnés, de l'expérience de centres de recherche et de l'appui fourni par le réseau ainsi que de la confiance obtenue par les premiers succès et résultats atteints.

Un réseau de recherche permettra aussi de pallier les disparités dans la capacité même de faire de la recherche; de réunir des chercheurs de différentes disciplines et de différentes institutions; d'élaborer une programmation de recherche; de fournir des résultats probants pour l'élaboration des politiques; d'assurer et de soutenir la relève. Les liens entre les institutions académiques, les milieux de pratique et les partenaires communautaires pourront ainsi être renforcés. Cette infrastructure permettra également de transformer l'environnement de recherche sur la santé des minorités francophones, pour permettre aux équipes de chercheurs d'être concurrentielles et d'obtenir le financement lors des concours des organismes subventionnaires.

La synergie créée par l'équipe de chercheurs et de partenaires engagés dans le dossier de la santé au Canada contribuera à constituer un corpus de connaissances scientifiques extrêmement

utiles à la compréhension des disparités dans le domaine de la santé et à la mise en oeuvre d'interventions structurantes pour mieux desservir les populations francophones vivant en situation minoritaire, et notamment les plus vulnérables d'entre elles.

On ne semble pas hésiter à financer la recherche en génétique ou en génomique en créant des centres d'excellence sans pourtant trop connaître les retombées, ni les résultats, en termes d'amélioration de la santé des populations. Pourquoi la recherche sociale devrait-elle prouver autant sa pertinence et son importance face à des problématiques cruciales et à des problèmes inhérents à la situation canadienne, pour obtenir une si faible part de financement?

Je vous remercie de l'attention que vous m'avez portée.

● (0940)

Le président: Merci à nos trois invités. Nous allons commencer notre période de questions. La première période sera de sept minutes.

On débute avec M. Simard.

L'hon. Raymond Simard (Saint-Boniface, Lib.): Merci beaucoup, monsieur le président, et bienvenue à nos invités.

Comme vous le savez, à Saint-Boniface, nous avons un centre de santé en français. Je voulais connaître un peu mieux votre structure. Je m'adresse à Mme Robert. Premièrement, j'aimerais savoir si vous avez plus d'un centre? Avez-vous des centres dans les régions rurales? Sont-ils indépendants, ou situés à l'intérieur des hôpitaux? Sont-ils financés par le gouvernement fédéral, provincial ou par les deux?

Mme Nicole Robert: Le réseau lui-même, dont je préside le conseil d'administration, regroupe tous les organismes francophones de plusieurs districts de l'est de l'Ontario, où vivent 226 000 francophones. Il s'agit surtout d'un réseau de planification et d'évaluation des besoins. Nous avons 66 organismes au sein du réseau.

Nous avons différentes structures. Nous avons des hôpitaux, naturellement, qui reçoivent leur financement uniquement du ministère ontarien de la Santé. Ensuite, nous avons des organismes communautaires. Nous avons des centres de santé communautaires qui, également, reçoivent leur financement du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Ces centres de santé communautaires sont des centres de santé primaires où on traite la santé mentale et où les médecins rencontrent des patients. Nous avons également, comme membres du réseau, des organismes de santé mentale qui sont aussi des centres de santé communautaires. Ils sont financés de différentes façons, mais en général, beaucoup sont financés par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Ils relèvent tous du provincial puisqu'il s'agit du domaine de la santé.

Par contre, le réseau a la chance d'obtenir du financement du provincial et du fédéral. Nous avons été chanceux de maintenir notre réseau jusqu'à ce qu'il soit reconnu officiellement par le gouvernement provincial, comme je l'ai dit dans ma présentation. Nous sommes financés, donc, par le gouvernement provincial et par le gouvernement fédéral, dans ce dernier cas par Société Santé en français et par le ministère du Patrimoine canadien. Le réseau n'a pas pour rôle de fournir des services directs à la population. Il est plutôt un organisme qui regroupe les autres organismes de santé qui offrent des services en français et qui aident les institutions hospitalières de notre région à obtenir une désignation en vertu de la Loi sur les services en français. Les membres du réseau peuvent à leur tour en aider d'autres, grâce à leur expertise, à se conformer aux conditions de désignation établies par le ministre de la Santé et des Soins de longue durée.

L'hon. Raymond Simard: La langue de travail, dans ces centres, est-ce le français?

Mme Nicole Robert: La langue des organismes du réseau est le français.

L'hon. Raymond Simard: Est-ce un service dans les deux langues?

Mme Nicole Robert: On offre le service dans les deux langues. Beaucoup d'organismes sont bilingues, mais ils ont également une structure qui est très francophone. Prenons l'exemple de Salus, qui est un organisme d'aide au logement pour les personnes ayant un problème de santé mentale. C'est un organisme bilingue, en ce sens qu'il a une structure parallèle complètement francophone. Les responsables ont demandé la désignation en tant qu'organisme francophone, c'est-à-dire que les interventions, l'accueil et la prestation des services se font en français.

L'hon. Raymond Simard: Plus on s'éloigne du centre du pays, plus nous avons de difficulté à assurer la formation des professionnels: médecins, infirmières et autres.

Rencontrez-vous les mêmes difficultés, ou avez-vous suffisamment de lieux de formation ici, à Ottawa, par exemple, pour desservir vos centres?

Mme Nicole Robert: La réponse est oui. Heureusement, nous avons l'Hôpital Montfort qui a été reconnu comme un centre de formation universitaire pour nos professionnels de la santé, surtout dans le domaine de la médecine. Nous avons également la Cité collégiale, qui forme nos professionnels en santé, et l'Université d'Ottawa, qui est l'université dans la région qui dessert tout l'est de l'Ontario. Nous sommes donc très chanceux dans ce domaine.

Le problème, comme partout ailleurs, est d'attirer les gens dans le domaine de la santé et de les former. Toutes les régions du Canada, en français et en anglais, subissent une pénurie de professionnels de la santé dans toutes les disciplines: médecins, infirmières, physiothérapeutes, ergothérapeutes, etc.

• (0945)

L'hon. Raymond Simard: Lorsque vous parlez des liens que vous avez avec la Société Santé en français, est-ce que vous discutez, par exemple, du partage d'effectifs?

Nous avons beaucoup de difficulté à faire revenir des jeunes médecins chez nous, par exemple, surtout dans les milieux ruraux. Est-ce que ce sont des choses dont vous discutez entre vous?

Mme Nicole Robert: C'est sûr qu'entre les réseaux et la Société Santé en français, on discute de possibilités, surtout avec la télémédecine et tous les soins à distance qui sont créés. Comme Mme Bouchard l'a indiqué, on favorise également cet échange afin qu'il y ait des recherches dans ce domaine. Il y a des projets de recherche du côté de l'Alberta, du Manitoba et du Nouveau-Brunswick afin d'explorer les possibilités d'études à distance.

Je pense qu'avec la nouvelle technologie, ce sera beaucoup plus avantageux, particulièrement en région rurale. Nos organismes de l'est de l'Ontario se trouvent soit en milieu urbain ou rural. L'accès est plus difficile en région rurale, c'est certain, mais on a réussi à établir des services à Renfrew, qui est un centre complètement anglophone.

L'hon. Raymond Simard: Ma question s'adresse à M. Laflamme.

Vous avez parlé, tout à l'heure, des projets satellites. Je sais que chez nous, en campagne, à Notre-Dame-de-Lourdes, on veut bâtir un centre de services en français, mais on parle aussi d'un service ambulancier qui pourrait desservir les autres petits villages voisins.

Est-ce que c'est quelque chose que vous préconisez dans vos discussions?

M. Marc Laflamme: Bon, beau, pas cher!

En fait, le modèle d'intervention qu'on a conçu et qui s'est avéré très efficace, on aimerait être en mesure de l'exporter partout au Canada, à Saint-Boniface ou ailleurs. Vous désirez un service de prévention et de réadaptation cardiaque, à Saint-Boniface? On vous fournit la base de données qu'on utilise, on va aller former votre personnel, recruter une personne bilingue et ensuite vous fournir le soutien. Donc, si vous avez un petit problème avec le logiciel de la base de données, l'Institut de cardiologie agira comme ressource.

Voici comment le programme fonctionne. Prenons l'exemple d'Alexandria, où les membres de l'équipe sont très autonomes: une fois que le personnel est formé, ils recrutent des patients eux-mêmes, ils sont en mesure de les suivre, ils vont faire la promotion du programme dans les pharmacies, ils vont voir des médecins pour les inciter à leur envoyer leurs patients à risque. Donc, on va rejoindre la population francophone à risque, dans les communautés.

L'hon. Raymond Simard: Merci beaucoup, monsieur le président.

Le président: Merci, monsieur Laflamme et monsieur Simard.

C'est maintenant à Mme Barbot de poser la deuxième question.

Mme Vivian Barbot (Papineau, BQ): Merci, monsieur le président.

Merci d'être venus nous rencontrer ce matin. Je commencerai avec la remarque de M. Laflamme au sujet du beau, bon, pas cher. C'est une belle figure. C'est ce que je disais à mes enfants quand ils étaient jeunes.

Cependant, quand on parle de la santé et des francophones hors Québec, d'après ce qu'on a entendu jusqu'à présent, c'était plutôt moins beau, moins bon, plus cher. Alors, peut-être, et sans doute pour des projets de prévention dans un cadre très circonscrit, une fois que le programme est mis en oeuvre — d'ailleurs, vous l'avez dit —, on arrive à utiliser cette expertise ailleurs, et là, on atteint des objectifs.

Cependant, quand on examine la situation dans son ensemble, et surtout quand on parle de recherche, on voit bien que le premier facteur qui détermine les choses qu'on peut faire, c'est l'argent, c'est la ressource qu'on y met. Mais souvent cela ne va pas assez loin, surtout avec une population disséminée, pour obtenir des corrélations assez claires pour que, plus tard, des actions soient prises.

À mon avis, l'argent qu'on alloue à ces communautés est un facteur très important. C'est vrai en santé et dans tous les domaines. C'est ce qui fait qu'ici, en ce qui concerne la langue, nous soyons tellement occupés à déterminer comment on peut agir pour que les gens puissent se tirer de situations désavantageuses.

Par ailleurs, madame Bouchard, vous nous avez donné des informations sur la santé des francophones comparativement à celle des anglophones. Elle est moins bonne, généralement, et c'est ce que d'autres nous ont dit aussi.

J'aimerais savoir, objectivement, sans tenir compte de la comparaison, ce que vous pouvez dire, en général, de la santé des francophones hors Québec, au Canada.

● (0950)

Mme Louise Bouchard: Je voudrais apporter une précision. Quand on a voulu faire les études, il a fallu déterminer comment diviser nos groupes: répondants de langue française, répondants dont la langue de préférence est le français ou répondants dont le français est la première langue officielle apprise. Cela devenait important puisqu'il était question de services de santé où la communication, comme je le disais, est fondamentale. Donc, quand je parle de recherche auprès des francophones, vous devez comprendre que cela inclut la population immigrante francophone. Je pense que cela est essentiel. La raison pour laquelle je m'attache à la catégorie linguistique, c'est parce que dans le contexte canadien des langues officielles, ce sont les infrastructures qui, en principe, devraient refléter cette réalité canadienne.

Pour ce qui touche cette étude, la difficulté a été de la documenter de façon fiable. Le premier obstacle est que cette donnée linguistique n'existe pas dans les données administratives de la santé. Il faudrait faire des études. On a des problèmes relatifs à l'accès à l'information, à la déontologie. Quand on prend de petits échantillonnages à Santé Canada, on n'a pas les nombres suffisants pour faire des études fiables. Donc, il faut corriger cette situation.

J'ai travaillé avec l'équipe de Jean-Marie Berthelot de Statistique Canada. En combinant plusieurs âges, je me suis dit que nous avions produit des portraits, mais que le fait de vivre en situation minoritaire voulait dire, selon moi, un accès différent aux ressources et aux services qu'il est important de documenter. Il est certain que la condition socio-économique est le principal déterminant de la santé, de manière générale. Mais dans le cadre cette étude, on a fait abstraction des conditions économiques, de la structure de l'âge, du sexe même de la personne, de tous ces facteurs qu'on connaît où il y a des différences. Une fois tous ces éléments mis de côté, il reste encore quelque chose qui a une mauvaise influence sur la santé. Il me semblait que ce petit résultat, qui peut paraître simple, était fondamental, parce qu'il indique un lien avec le fait de faire partie d'une minorité linguistique, sociolinguistique. Alors, il faut absolument pouvoir approfondir cette question.

Évidemment, je suis professeure chercheuse, je vais plaider pour la recherche, pour que l'on soit capable de la documenter le mieux possible et aussi pour desservir correctement les communautés. Je pense que les actions entreprises par les réseaux, la formation de professionnels en français sont des aspects dont l'importance continue d'être grande. Cela dit, la recherche reste importante pour découvrir les meilleurs moyens d'organiser les services, de desservir la population.

L'Ontario, actuellement, poursuit un processus de régionalisation des services. C'est une occasion majeure et extrêmement vitale, pour les communautés sociolinguistiques, de proposer des plans de service qui répondraient plus adéquatement à leurs besoins. C'est fondamental pour les communautés de saisir cette opportunité de mieux étudier la question.

J'ai une étudiante, par exemple, qui fait son doctorat en santé des populations et qui s'intéresse à la question rurale et linguistique dans le nord de l'Ontario. Elle participe justement à ce projet de régionalisation. Je lui ai demandé, comme thèse, de réfléchir à la question linguistique et à l'organisation des services dans les communautés rurales du nord de l'Ontario où, oui, les besoins en termes de professionnels sont présents et où il faut ajouter des

professionnels, mais il est nécessaire aussi de documenter cette situation et de faire en sorte que les services soient offerts dans les deux langues.

Le président: C'est dommage, madame Barbot, mais votre temps est écoulé.

Mme Vivian Barbot: C'est court. Il me semble que cela m'arrive toujours.

Le président: On va demander à M. Godin de poser la prochaine question.

M. Yvon Godin (Acadie—Bathurst, NPD): Merci. Je suis chanceux que ce ne soit pas à moi que ça arrive. Alors, on devrait m'accorder au moins une vingtaine de minutes...

Merci, monsieur le président, et bienvenue à tous et à toutes.

On observe le système de santé, on regarde comment ça se passe du côté de la francophonie, des francophones, etc. Je pense que vous pouvez vous compter chanceux ici, en Ontario, que dans le cas de l'Hôpital Montfort, on avait accès au Programme de contestation judiciaire parce que sinon, la cause aurait été perdue.

Après avoir parlé de recherche, de l'Hôpital Montfort, j'aimerais savoir, en Ontario, ce qui se passe du côté de Sudbury, parce que Sudbury est une ville avec une population francophone assez forte. Il y a l'Université Laurentienne, le Collège Boréal, d'autres institutions, mais que se passe-t-il en matière de santé en français? Je n'ai pas entendu parler de Sudbury, mais j'ai entendu parler du nord de l'Ontario. C'est curieux parce que tout le monde pense que le nord de l'Ontario, c'est à Sudbury, mais cela va un peu plus loin, à Hearst, à Kapuskasing, à Longlac.

Travaillez-vous avec eux afin d'obtenir des ententes dans cette région?

● (0955)

Mme Nicole Robert: Je peux commencer. C'est vrai, vous avez raison. La cause Montfort a beaucoup aidé à la protection des services de santé en français en Ontario. C'est grâce aux quatre réseaux qui existent maintenant en Ontario et, justement à la suite du jugement favorable à l'Hôpital Montfort, qu'il y a, dans la loi créant une nouvelle structure du système de santé en Ontario, un préambule touchant les services aux francophones dans toutes les communautés de l'Ontario. Il y a également dans la loi deux articles très importants au sujet de la nouvelle structure. Premièrement, il va y avoir un conseil provincial francophone qui va conseiller directement le ministre de la Santé et des Soins de longue durée au sujet des besoins des francophones de tout l'Ontario. Ce conseil provincial aura comme membres des agences qui nommeront des personnes ayant une expertise en santé, en gestion et en santé clinique. Donc, le ministre recevra des conseils de ce conseil provincial de 10 membres qui, lui-même, prendra conseil auprès des réseaux.

Il y a un deuxième article, qui avalise le travail des réseaux. Jusqu'à maintenant, le réseau de l'est était le seul reconnu par un protocole d'entente avec le ministre de la Santé et des Soins de longue durée. Dorénavant, il y aura des groupes de planification dans les régions de l'Ontario, dont celle du Nord. La région du Nord a son réseau; il va être reconnu par les règlements attendus sous peu. On attend des règlements formels d'ici à peu près trois mois, mais le réseau est déjà reconnu par la loi. Donc, ce groupe de planification des services de santé en français existe dans le nord de l'Ontario également. Il est déjà sur pied depuis deux ans, il a un conseil d'administration, il forme un organisme comme le nôtre, qui est moins rodé, parce que nous, cela fait huit ans qu'on existe. Dans toutes les régions de l'Ontario, les réseaux travaillent au sein de la nouvelle structure qu'on appelle les réseaux locaux d'intégration des services de santé en français. C'est la nouvelle structure provinciale. Il y en a 14 dans la province, auxquels se rattachent quatre réseaux de planification des services en français qui ont la responsabilité de planifier les services en français.

On espère que ces nouveaux règlements vont entraîner une évaluation accrue des besoins des francophones dans le Nord, dans le Sud, dans l'Est et dans l'Ouest, et également une évaluation des besoins afin de pouvoir conseiller le ministre. On espère, par cette nouvelle structure qui est maintenant officielle, assurer ces services.

M. Yvon Godin: Monsieur Laflamme nous a certainement touchés avec son histoire de beau, bon, pas cher. Il faut faire attention à cela, monsieur Laflamme, parce qu'au sein de la francophonie, le bilinguisme, cela coûte cher. Offrir un service coûte cher mais parfois les gouvernements, eux, pensent que cela coûte trop cher et utilisent ce prétexte pour ne rien donner. Je pense qu'on a payé le prix, comme francophones. J'aime votre méthode, qui nous fait réagir, au moins. Le bilinguisme coûte cher et c'est le prix à payer. Dans d'autres pays, on se bat à coups de canon pour une question de religion. Ailleurs, on se bat pour une question de race. Ici, nous voulons procéder de façon harmonieuse. On veut avoir nos services dans notre langue. Cela coûte cher, mais c'est le prix à payer.

En ce qui a trait à la recherche, ou à la formation que nous voulons offrir à nos gens, un des problèmes pour les francophones, c'est que lorsqu'ils vont étudier, ils n'ont pas toujours accès au matériel didactique en français. Alors, les francophones sont encore désavantagés. Que suggérez-vous pour que les francophones profitent des mêmes avantages que les anglophones?

Par exemple, au Nouveau-Brunswick, c'est vraiment dommage de constater qu'environ 62 p. 100 des francophones sont analphabètes. C'est regrettable. Encore une fois, le gouvernement veut sabrer dans les programmes d'alphabétisation, mais c'est une autre histoire.

• (1000)

Mme Louise Bouchard: L'alphabétisation — il y a eu un colloque sur cette question, d'ailleurs, l'année dernière — représente un enjeu fondamental. Je pense qu'on a pris des initiatives en Alberta, entre autres. Je découvre mon pays grâce à la francophonie minoritaire. Je vis à Ottawa depuis cinq ans seulement et c'est la première fois que je me retrouve en milieu francophone minoritaire. Je suis de Montréal.

La question linguistique et de la formation dans sa langue afin d'avoir la capacité aussi de comprendre correctement est fondamentale. Il y a deux problèmes à cet égard. D'abord, en ce qui a trait à la formation, je suis d'accord avec vous: les manuels de classe devraient aussi être disponibles en français. En qui a trait à la recherche scientifique, c'est un autre problème. Nous savons que la

lingua franca est maintenant l'anglais, et nous devons nous-même très souvent publier nos travaux dans cette langue internationale.

Cela m'amène à ajouter que tous les pays qui sont bilingues ou trilingues devraient faire la promotion de leurs langues, en raison surtout du fait que l'anglais est devenu la langue mondiale. Je pense qu'on devrait promouvoir la valeur linguistique et la rendre aussi fondamentale que les notions d'universalité et d'accessibilité. C'est la raison pour laquelle je recommande qu'on continue d'envisager l'ajout d'un sixième principe à la Loi canadienne sur la santé, qui serait l'offre des services dans les deux langues, surtout chez les populations moins nombreuses et plus dispersées au pays. Je pense qu'il s'agit d'une valeur fondamentale qu'il faut mettre de l'avant.

Le président: Merci, madame Bouchard et monsieur Godin.

Nous allons maintenant passer à M. Petit pour la dernière question de ce tour de table.

M. Daniel Petit (Charlesbourg—Haute-Saint-Charles, PCC): Bonjour, madame Bouchard, madame Robert, et monsieur Laflamme. La question peut s'adresser à Mme Robert et peut-être à M. Laflamme. Je ne sais pas si Mme Bouchard connaît le domaine que je veux aborder.

Je suis de la province de Québec, le foyer francophone majoritaire au pays. Nous, au gouvernement fédéral, nous voulons régler le problème des périodes d'attente trop longues avant de recevoir des services de santé. C'est une de nos cinq priorités. Au Québec, il s'est passé des événements particuliers: comme nous avions de la difficulté à soigner nos patients assez rapidement dans nos hôpitaux, on en a envoyé aux États-Unis, pour des traitements contre le cancer. Donc, ils étaient dirigés vers un milieu anglophone.

Des témoins sont venus nous dire, il n'y a pas tellement longtemps, que lorsque le patient, celui qui craint pour sa vie, constate que l'attente est plus courte pour des services en langue anglaise — c'est-à-dire être traité dans un hôpital anglophone plutôt que francophone —, il choisit le premier parce que sa vie est en jeu. La question de la langue devient tout à coup secondaire. Je veux connaître votre position là-dessus. C'est que nous devons attribuer des sommes d'argent à des organismes comme le vôtre afin qu'ils puissent continuer à fonctionner.

La Société Santé en français est venue nous voir. Ses représentants m'ont impressionné parce qu'ils ont abordé un grand nombre de sujets. Ils nous ont parlé du travail directement sur le terrain. Je ne sais pas si vous connaissez cette société. Je vois que Mme Bouchard fait signe que oui. J'aimerais savoir si vous appuyez sa façon de faire, sans pour autant critiquer l'organisme. Doit-on donner de l'argent directement à des organismes comme celui-là, d'après vous, ou a-t-on besoin d'un comité pour les chapeauter?

Mme Robert peut peut-être répondre, elle a parlé des CLLC un peu plus tôt. Je sens qu'elle a beaucoup de compétence dans le domaine de l'administration.

• (1005)

Mme Nicole Robert: Plusieurs projets ont été soumis à la Société Santé en français. Le réseau en a choisi 23, dont celui de M. Laflamme. Je vais le laisser par la suite vous en parler. Mais je pense que la Société Santé en français a sollicité des soumissions partout au Canada, dans ses 13 réseaux, afin d'obtenir des projets en santé primaire, donc des projets sur le terrain, en vue d'améliorer la santé des francophones dans leur région. Si l'on considère les montants d'argent attribués à chaque projet, les résultats dépassent vraiment l'investissement, parce qu'avec des sommes minimales, on a pu obtenir des expertises et des projets qui vont être utiles à la population francophone, tel le projet de M. Laflamme. Je pense que l'argent a été bien dépensé dans le cadre de ces projets. Il est important, pour le bien des francophones, de réunir des expertises, et les soins prioritaires augmentent avec chaque nouvelle somme d'argent qui est accordée. Alors, pour répondre à votre question, je pense que oui, il faut continuer à financer directement les organismes.

Avec de petites sommes, les francophones font de grandes choses. De tous les projets mis en place, dont neuf sur le terrain dans la région de l'Est — et je suis certaine qu'il en est de même dans les autres régions —, les résultats ont été très avantageux. Cet argent là a été bien dépensé, parce que les idées étaient d'origine locale, les besoins étaient identifiés sur place, ce n'était pas national, ce n'étaient pas de grandes idées, c'étaient des idées pratiques et mise à exécution sur le terrain.

Je pense que je vais laisser M. Laflamme enchaîner, parce qu'il sait ce que ça veut dire que de faire de grandes choses avec de petites sommes.

M. Marc Laflamme: Cela revient toujours au principe du pas cher.

C'est dommage que M. Yvon Godin ne soit pas là, car j'aimerais faire le point à ce sujet. On a reçu 200 000 \$ pour notre projet. Cela fait plus d'un an qu'on fonctionne avec ce montant: je suis physiothérapeute et cela a payé mon salaire pour un an; on a embauché deux infirmières au Bureau de santé d'Alexandria qui travaillaient toutes deux à temps partiel; il y a avait aussi une adjointe administrative; on a fait la traduction de documents, de notre base de données. Tout cela avec 200 000 \$.

Une voix: On va vous engager à Québec.

M. Marc Laflamme: Cela s'appelle de la responsabilité fiscale. Moi, j'ai géré le budget. Quand je devais me procurer quoi que ce soit, j'utilisais l'expression beau, bon, pas cher, chaque fois. On a dépensé jusqu'à la dernière « cenne », il ne restait plus rien le 30 septembre. J'en suis fier. On a fait une bonne gestion des sommes et c'est un bon investissement.

Pour ce qui est de la Société Santé en français, elle a un très grand rôle à jouer dans ce résultat. C'est un organisme qui est très important. A-t-on besoin d'un autre organisme pour le chapeauter, pour surveiller la Société Santé en français? Absolument pas. Non, parce que déjà, la société a administré les fonds du Projet FASSP, le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires. Elle a agi de façon proactive pour ensuite choisir 23 projets porteurs parmi les 71 projets FASSP. Ensuite, il ne restait au Conseil du Trésor qu'à rencontrer Santé Canada pour signer les ententes avant le 1^{er} avril 2006. Les ententes ont été signées la semaine dernière. On a perdu beaucoup d'argent ainsi.

Donc, si l'on avait laissé à la SSF l'administration directe des fonds, on aurait eu notre argent pour le projet porteur à partir du 1^{er}

avril. Maintenant, on a des fonds pour quatre mois, au lieu d'un an, pour continuer le projet, ce qui est dommage.

Le président: Je m'excuse, monsieur Petit, mais votre période de temps est écoulée.

Madame Bouchard, vous pouvez intervenir brièvement.

Mme Louise Bouchard: Oui, la stratégie de la Société Santé en français est fabuleuse parce qu'avec ses réseaux, elle touche l'ensemble du pays. Il y a une mobilisation extraordinaire. Je me promène d'un groupe à l'autre et c'est assez fabuleux. Cependant, il faut que l'argent continue d'être là.

C'est sûr que si on se disperse et qu'on crée de nouvelles structures, on va perdre notre temps et on va perdre de l'argent. Alors, oui, il faut maintenir des structures efficaces. La Société Santé en français a fait ses preuves et c'est fabuleux. J'appuie donc ce modèle qui est assez original, d'ailleurs, et qui réussit bien.

Je voudrais revenir sur la question des soins médicaux spécialisés, le cas de francophones qui sont dirigés vers les États-Unis ou bien qui choisissent un milieu anglophone parce que les listes d'attente seraient moins longues. Je pense que le Québec doit définir ses priorités. Dans un contexte de ressources limitées, est-ce important qu'on ait un CHUM, le Centre hospitalier de l'Université de Montréal, et un Centre universitaire de santé à McGill? Je pense que les ressources pourraient être partagées et offertes dans les deux langues, surtout au Québec. Cela dit, continuons.

L'autre aspect important, c'est cet effort de régionalisation. Au Québec, cela fait 30 ans qu'on a mis sur pied les centres locaux de services. On est en train de le faire en Ontario. On l'a fait au Manitoba. L'idée, c'est d'être près du citoyen et de répondre aux besoins. Alors, encourageons cela.

• (1010)

Le président: Merci.

Notre prochain échange durera cinq minutes, et nous allons commencer par M. Jean-Claude D'Amours.

M. Jean-Claude D'Amours (Madawaska—Restigouche, Lib.): Merci, monsieur le président.

Merci à vous trois de vous présenter devant le comité ce matin. J'ai quelques questions. Pour ce qui est de la première, j'aimerais avoir une réponse relativement courte.

Madame Robert, vous avez parlé tout à l'heure de la situation, lorsque mon collègue Raymond Simard a posé la question concernant la formation de professionnels. Vous avez dit, entre autres, que les Franco-Ontariens étaient chanceux d'avoir l'Hôpital Montfort pour leur fournir un certain nombre de professionnels. Vous avez aussi mentionné qu'un des défis était de pouvoir retenir ces gens. Je suis du Nouveau-Brunswick, et on rencontre ce même défi. Aussi, je pense que ce sera probablement encore le même défi durant quelques années, même quelques décennies.

Prenons l'exemple de l'Hôpital Montfort. Si l'hôpital n'existait plus aujourd'hui, pour les raisons que l'on connaît, serait-il plus difficile d'avoir accès à un bassin de professionnels?

Mme Nicole Robert: La réponse est oui.

M. Jean-Claude D'Amours: C'est exactement ce que je voulais avoir, une réponse brève. Pour ce qui est de mon deuxième point, lorsque je vous écoute parler, j'ai presque l'impression que vous avez plus d'appui de la province de l'Ontario que vous pouvez en avoir du gouvernement fédéral. C'est peut-être une impression à différents niveaux, mais c'est le genre de sentiment que je comprends jusqu'à un certain point.

En regard de cela, je suis un peu surpris parce que vous préconisez tous les soins de santé en français en Ontario. En regardant sur le plan de ce comité-ci, on pourrait dire qu'il y a même un membre du comité qui est conservateur et qui est Franco-Ontarien, mais qui ne prône pas la même philosophie d'appui aux langues officielles, comme pour le Programme de contestation judiciaire.

Si ce programme n'avait pas été mis en place ou remis en place après les coupures, Montfort n'existerait pas. Si Montfort n'existait pas, cela aurait, comme vous avez répondu tantôt, causé un problème. Aujourd'hui, on serait dans une situation où votre banque de données ou de professionnels disponibles aurait pu être affectée. C'est la réalité dans une province qui semble être, à vous entendre parler, proactive. J'ai bien compris que vous avez dit que la province vous appuie de façon importante. Donc, si cela n'avait pas été le cas, peut-être que, jusqu'à un certain point, vous ne seriez même pas ici aujourd'hui. Vous pouvez peut-être commenter à cet égard.

Mme Nicole Robert: C'est sûr que le jugement Montfort a été très important pour la disponibilité et le maintien des services de santé en français pour les Franco-Ontariens. Il n'y a pas de doute là-dessus. Je pense que ce n'était pas seulement pour les Franco-Ontariens que le groupe d'appui à Montfort se battait, c'était aussi pour les francophones du Canada. Je pense que c'est un jugement très important parce qu'on a deux langues officielles et cela doit être équitable pour les francophones sur le plan des services en santé.

La santé relève beaucoup de la compétence provinciale et pour faire avancer des dossiers en santé, il faut qu'il y ait un très bon appui au plan provincial. Il faut que les gens en place — dans notre cas, ce sont les Franco-Ontariens — soient constamment présents devant le ministre de la Santé et des Soins de longue durée. C'est de cette façon qu'on obtient ce qu'on veut, même si on n'a pas les appuis fédéraux. Je pense qu'il y a beaucoup de fonds ou la majorité des fonds qui proviennent du palier provincial. Je pense que je réponds à votre question. Je sais qu'il y a des changements et je ne veux pas entrer dans des débats politiques au plan des transferts d'argent, entre autres. C'est important que la province appuie les démarches de ses concitoyens. J'espérais que dans toutes les autres provinces, on ait un appui de la même nature par les ministres de la Santé.

• (1015)

M. Jean-Claude D'Amours: C'est vrai que la santé est principalement de compétence provinciale. L'argent est investi par ce palier de gouvernement. Lorsque vous regardez la situation, il faut parfois se donner des outils pour être en mesure de faire des choses. C'est bien beau que le gouvernement actuel dise qu'il veuille respecter toutes les lois qui existent et être bien correct avec celles-ci, mais s'il n'y a pas un certain appui financier et surtout moral pour vous garantir de l'aide ou des capacités dans l'éventualité où vous aurez besoin de défendre vos droits, c'est une situation qui devient problématique si cet appui vient à manquer. Je comprends que vous ne voulez pas vous avancer dans le débat politique et je l'accepte, c'est notre travail. Mais cela devient quand même, jusqu'à un certain point, un problème. Si vous avez, d'un côté, de l'aide financière, mais que vous n'avez pas le soutien dans le cas où, je ne le souhaite pas, un ministre de l'Ontario déciderait de faire des coupures, il y a un problème.

Le président: Je m'excuse, mais le temps est écoulé. Je pense qu'il n'y aura pas de réponse à cette question. M. Lemieux, vous avez cinq minutes.

Mme Nicole Robert: Si vous me le permettez monsieur le président, j'aimerais dire ceci.

Je pense que les deux langues officielles au Canada sont importantes et pas seulement sur le plan de la santé, mais aussi sur le plan de l'éducation. Je suis une ferme croyante, une Franco-Ontarienne de naissance et je pense que c'est très important.

Le président: Je m'excuse, mais j'ai demandé à M. Lemieux de poser une question.

M. Pierre Lemieux (Glengarry—Prescott—Russell, PCC): Bonjour. Je suis très heureux de vous accueillir ici en tant que témoins. Vous êtes des membres d'organismes qui illustrent bien le dynamisme qui existe dans notre région de l'Ontario. Votre organisme remplit des fonctions importantes pour les Franco-Ontariens. Ma circonscription est celle de Glengarry—Prescott—Russell, juste à côté d'Ottawa. Comme vous le savez, 65 000 Franco-Ontariens y demeurent. Les services en français sont donc très importants.

M. D'Amours a essayé de fabriquer des liens qui n'existent pas vraiment. Vous tentez de promouvoir les services en français dans le secteur de la santé, et nous appuyons vos efforts. Moi-même, j'appuie vos efforts.

J'ai quelques questions. Vous avez travaillé à mettre en place à Renfrew un guichet unique en français. J'aimerais avoir des détails. Pouvez-vous parler des avantages? D'autre part, avez-vous pour projet d'établir de tels guichets à d'autres endroits?

Mme Nicole Robert: Vous parlez du guichet unique, qui est tout nouveau, tout récent. C'était un projet du réseau en collaboration avec les organismes de santé communautaire de Renfrew. Renfrew faisait partie de la région que notre réseau dessert, et c'était assez difficile, parce que la population francophone de Renfrew n'était pas très nombreuse.

Nous avons rassemblé les organismes qui voulaient desservir la population. Nous avons eu des alliés comme le CASC, le Centre d'accès aux soins communautaires, et nous avons aussi des alliés du côté de la santé mentale, comme Bernadette Wren, qui dirige un organisme de santé mentale. Il y a aussi eu d'autres gens autour de la table. Il fallait consolider ce guichet unique et il fallait qu'il fonctionne bien, afin que les gens puissent avoir un endroit où appeler et parler à quelqu'un qui puisse leur indiquer où obtenir des services adéquats en français.

Cela va-t-il se faire ailleurs? Oui, il y aura un guichet unique pour les francophones dans la région d'Ottawa également, et le même projet va sûrement se faire dans d'autres régions. Ce projet était important parce que les francophones veulent qu'on leur dise immédiatement où ils peuvent être servis en français. C'était le but.

Je pense que l'accès est une des priorités du nouveau Réseau local d'intégration des services de santé du district de Champlain. Il faut pouvoir accéder rapidement à ces services; il ne faut pas avoir à faire 3 000 appels téléphoniques pour avoir une réponse. L'accès unique répond à ce besoin. Étant donné qu'il y a moins de points de services en français, la personne sera orientée, elle sera servie en français et elle saura où s'adresser pour obtenir des services en français. Cela facilitera, d'ailleurs, l'offre active dans les établissements comme l'hôpital de Renfrew et dans les autres services comme le CASC, où il y aura des services en français.

• (1020)

Le président: Il vous reste 30 secondes, monsieur Lemieux.

M. Pierre Lemieux: Travaillez-vous étroitement avec les cliniques aussi? Chez nous, il y a les hôpitaux de Hawkesbury et d'Alexandria. Vous travaillez avec les hôpitaux sur le plan de la désignation, mais travaillez-vous aussi avec les cliniques, les médecins qui travaillent ensemble pour offrir les services?

Mme Nicole Robert: Étant donné que notre rôle primordial, en vertu de la loi, était la désignation d'organismes qui veulent offrir des services en français, nous avons donc fait l'évaluation de désignation du CASC de l'est de l'Ontario, à Cornwall, qui desservait Casselman, Hawkesbury, Alexandria et Winchester, et nous avons travaillé avec ces organismes. Tout organisme qui veut une désignation nous envoie un plan. Une conseillère du réseau travaille étroitement avec les gens de cet organisme. Nous leur suggérons toujours un comité de services en français pour faciliter la tâche. Nous travaillons à ce qu'ils obtiennent cette désignation. Nous indiquons à ces organismes quels sont les principes nécessaires: l'accès, l'accueil, les préposés au centre d'information, le nombre de personnes nécessaires pour assurer un service en français.

Le président: Merci.

C'est au tour de M. Malo.

M. Luc Malo (Verchères—Les Patriotes, BQ): Merci, monsieur le président.

Bonjour et bienvenue.

Plus tôt, vous avez abordé cette question sans nécessairement traiter en profondeur cet aspect. Ma question s'adresse à Mme Robert.

La proximité de l'Est ontarien avec les États-Unis et le Québec fait-elle en sorte que vous avez à relever des défis différents ou cela a-t-il une incidence sur la prestation des services?

Mme Nicole Robert: Je vais tenter de vous répondre. Je suis une professionnelle de la santé. C'est mon autre chapeau. En effet, je dirige une clinique de santé mentale.

Selon moi, la proximité du Québec nous a favorisés dans le passé, parce que les professionnels de la santé en Ontario étaient mieux rémunérés que ceux de l'Outaouais, par exemple.

Aussi, lorsque l'Hôpital Montfort et les organismes communautaires recherchaient des professionnels de la santé qui parlaient français pour combler leurs besoins à cet égard — comme mon organisme, qui dessert également la population francophone —, c'était plus facile de recruter des professionnels. La situation s'est stabilisée du côté de l'Outaouais. L'exode du Québec vers l'Ontario est moindre, mais cette province souffre aussi d'une pénurie. Donc, c'est plus difficile.

En ce qui concerne la proximité des États-Unis, le fait d'être près de l'Outaouais ou dans l'est de l'Ontario n'est pas un facteur. C'est plutôt un facteur national. Les conditions de travail des professionnels de la santé, quant à la rémunération et aux avantages sociaux, n'ont pas toujours été favorables. Cela a causé un exode national des professionnels vers les États-Unis. Ce n'était pas un facteur uniquement ontarien. Compte tenu des nouvelles conditions de travail, les professionnels des ressources humaines, dans les organismes tels que les hôpitaux, ont beaucoup travaillé à améliorer les avantages sociaux et les conditions de travail des professionnels de la santé, pour empêcher cet exode vers les États-Unis.

De plus, nos universités et nos collèges — partout au Canada et pas seulement en Ontario — se sont éveillés au fait que les décisions qu'on avait prises il y a cinq ou dix ans sur le plan du recrutement ou sur celui des places disponibles dans les universités et les collèges pour les futurs professionnels de la santé étaient vraiment désuètes.

Nous avons maintenant corrigé cet état de choses. Nous devrions donc revoir plus de professionnels de la santé, et la présence de meilleures conditions de travail contribuera à corriger la situation. Cependant, cette situation n'est pas unique à la région de l'Est.

• (1025)

M. Luc Malo: Madame Bouchard, au début de votre présentation, vous décriviez la population francophone en milieu minoritaire comme étant une population plus âgée que la moyenne, ayant une scolarité plus faible que la moyenne et située dans des régions où la précarité de l'économie était plus marquée.

En ce sens, avez-vous été en mesure de faire des études comparatives avec des populations en milieu majoritaire qui répondaient à ces mêmes critères, afin d'évaluer si effectivement la langue était un facteur pouvant avoir une influence?

Mme Louise Bouchard: Pour essayer d'établir cette réalité, soit le fait que la situation minoritaire peut influencer la santé, j'ai fait des comparaisons avec les anglophones du Québec en situation minoritaire.

Si on exclut la région de Montréal, il semble que le même modèle existe, c'est-à-dire qu'en effet, quelque chose est lié aux ressources.

Est-ce qu'elle a les mêmes caractéristiques que la population minoritaire francophone quant à l'âge, au vieillissement, etc.? Je dois approfondir mes résultats. Je ne peux pas en garantir totalement la validité, mais il semblerait que cet effet, que j'appelle l'effet de vivre en situation minoritaire, est réel et existe bien pour différentes communautés.

Voilà ce que je peux en dire. J'ai besoin d'approfondir davantage pour pouvoir aller plus loin dans l'interprétation de ces données.

M. Luc Malo: Merci.

Le président: Merci, monsieur Malo et madame Bouchard.

M. Luc Malo: J'avais une question pour vous, monsieur Laplante, mais malheureusement, je n'ai pas le temps de la poser.

Le président: Vous pourrez peut-être la poser au prochain tour.

Monsieur Godin.

Une voix: Cela ne coûte pas cher.

M. Yvon Godin: Vous ne l'oublierez jamais, celle-là. J'aurais quelque chose à dire avant de poser une question à M. Laflamme.

Il faut se méfier, lorsqu'un gouvernement entreprend une réforme. Au Nouveau-Brunswick, lorsqu'on a décidé de revoir le système de santé, de faire des changements et de rationaliser, ce sont les francophones qui ont essuyé un dur coup. Dans la péninsule acadienne, deux hôpitaux ont été fermés afin de les remplacer par des cliniques. Cela a eu un effet terrible. Il y a eu division au sein de la population. Les communautés se sont battues entre elles, et les liens n'ont pas été rétablis. Il faut agir en consultation avec la population et ne pas simplement dicter ses décisions comme si elles étaient les seules acceptables. Ce n'est pas la bonne manière de fonctionner. Je pense qu'on en a vécu cette expérience au Nouveau-Brunswick.

Monsieur Laflamme, vous parliez tout à l'heure d'une réalisation qui ne coûte pas cher, 200 000 \$. Expliquez-nous comment vous pouvez payer des infirmières, des docteurs et assumer les autres dépenses avec 200 000 \$, y compris les frais liés à l'édifice. Il y a quelque chose qui n'a pas été calculé, parce que l'édifice lui-même doit coûter plus cher que cela. C'est peut-être que pour les francophones, on dépense généralement moins.

M. Marc Laflamme: Merci de votre question.

C'est vrai que l'infrastructure coûte cher. Heureusement, je travaille en milieu hospitalier, à l'Institut de cardiologie, qui existe déjà depuis 30 ans. Donc, c'est vrai qu'on n'a pas vraiment tenu compte des coûts d'infrastructure dans tout cela.

Par contre, j'ai pu aménager un bureau à l'hôpital, qui n'a pas coûté cher. L'aménagement du bureau et l'ordinateur ont coûté environ 1 500 \$. Le Bureau de santé d'Alexandria a aussi fourni des locaux. Ils ont réaménagé en entier le Bureau de santé à Alexandria afin d'accueillir le programme FrancoForme.

M. Yvon Godin: Dans un immeuble qui existait déjà?

M. Marc Laflamme: Absolument.

• (1030)

M. Yvon Godin: On n'a pas eu besoin de construire de nouveaux édifices?

M. Marc Laflamme: Dans le cadre de ce programme, le travail se fait entièrement par téléphone, à l'exception de l'évaluation initiale. Durant l'évaluation initiale, on mesure le tour de taille, on prend la tension artérielle et on pèse le client. Alors, un endroit privé, une petite salle suffit. Ensuite, on a besoin d'un espace de travail très simple et d'un ordinateur ayant accès à Internet et d'un téléphone. Donc, on peut facilement reproduire ce programme n'importe où au Canada.

M. Yvon Godin: Tout à l'heure vous parliez — la question s'adresse à n'importe lequel d'entre vous — de discussions avec le Québec. Discutez-vous également avec des responsables du réseau de santé au Nouveau-Brunswick?

Mme Nicole Robert: Il y a un réseau.

Comme je l'ai mentionné tout à l'heure, la Société Santé en français a des réseaux partout dans chacune des provinces. En Ontario, il y en a quatre parce que cela a été conçu de cette façon. Il y en a un au Nouveau-Brunswick.

Les réseaux du Nouveau-Brunswick ont eu l'occasion, également, de présenter des projets comme celui de M. Laflamme, dans leurs municipalités et dans leur région, afin de mettre des programmes en place. Je ne sais pas de quoi il s'agit parce que je ne siège pas à la Société Santé en français, mais ces gens pourraient eux-mêmes vous informer des projets qu'ils ont réalisés.

M. Yvon Godin: Je sais qu'il existe des réseaux, mais je voulais savoir s'il y avait, entre vous et le Nouveau-Brunswick, des discussions en vue de partager de l'information.

Mme Nicole Robert: Oui. Il y a des échanges entre les réseaux qui se font par téléconférence. Il y a aussi l'AGA, l'assemblée générale annuelle de la Société de santé en français, à laquelle tous les réseaux participent.

M. Yvon Godin: Vous savez que le Nouveau Parti démocratique est complètement contre la privatisation des services de santé. Pensez-vous que la privatisation pourrait entraîner des problèmes?

Beaucoup de médecins pensent qu'il faudrait privatiser certains services. Quant à moi, j'ai peine à croire que des gens pourraient tirer profit de la maladie. Je suis totalement en désaccord avec cette idée. Alors, comment voyez-vous, en Ontario, le fait d'ouvrir des cliniques privées, etc.?

Mme Nicole Robert: Nous suivons, au sein du réseau, les principes nationaux de santé, qui ne vont pas dans le sens de la privatisation. On a quand même un gouvernement qui accepte une certaine forme de privatisation. Il y a, par exemple, des négociations pour la gestion des infrastructures. Cela avait été proposé dans le cas

de l'Hôpital Royal, qui est l'hôpital de soins de santé mentale à Ottawa. Il est question d'une entente, d'un partenariat, avec une compagnie qui pourrait construire l'édifice et probablement gérer l'infrastructure. C'est une forme de privatisation, mais ce n'est pas la privatisation des soins.

M. Yvon Godin: Si on veut obtenir une radiographie, on peut défrayer le coût de 600 \$ et l'avoir aujourd'hui, mais si on ne veut pas payer, il faut attendre six mois.

Le président: Votre temps est écoulé, monsieur Godin.

M. Yvon Godin: Ah, oui?

Le président: Déjà. Cinq minutes passent vite quand on a du plaisir.

M. Yvon Godin: D'après moi, vos piles sont trop bonnes.

Le président: C'est parce que M. Murphy a hâte de poser sa question.

Vous disposez de cinq minutes, monsieur Murphy.

M. Brian Murphy (Moncton—Riverview—Dieppe, Lib.): Merci.

Je ne suis pas *out*. Je ne comprends pas le mot *hâte*, mais il a une signification différente du mot anglais *out*.

Je m'excuse parce que j'ai manqué une partie des témoignages, mais la question centrale est: pourquoi certaines personnes sont-elles en meilleure santé que d'autres? Et si je comprends bien, ce n'est pas certain. Nous n'avons pas les données exactes des sondages, des études pour la province du Nouveau-Brunswick, d'où je viens.

Ce qui me préoccupe, évidemment, c'est ma région. Chose certaine, si nous nous accordons sur la très grande importance d'améliorer la qualité des services pour les minorités francophones du Nouveau-Brunswick, et peut-être pour tout le pays, est-ce très important de savoir si la qualité des services pour la minorité francophone du Nouveau-Brunswick est la même que pour sa majorité anglophone? Votre recherche porte-t-elle un peu là-dessus, ou non?

Mme Louise Bouchard: À mon avis, il faut travailler en vue de l'égalité d'accès aux services pour les deux communautés sociolinguistiques. J'essaie donc de comprendre un peu la situation de chacune des provinces. Chacune a des modèles de régionalisation un peu différents, des moyens et des ressources différents, mais il est clair qu'il faut essayer de comprendre et de documenter ces réalités.

L'enjeu de fermer l'hôpital, en plus de la régionalisation, va-t-il profiter aux communautés sociolinguistiques, ou les desservir? C'est très important. Il faut donc y voir de près.

Les premières études faites au Nouveau-Brunswick ont clairement montré un différentiel de santé entre les groupes de communautés linguistiques, mais il est aussi vrai que la situation socio-économique est très importante. La pauvreté, quelle que soit la langue, a un effet très négatif sur la santé, évidemment.

Ce que je comprends du Nouveau-Brunswick, c'est qu'on a des régions régionales qui vont servir en français, mais on n'a pas résolu le problème des petites communautés dispersées à l'intérieur des territoires plus anglophones. Il semblerait qu'il y a des défis importants à relever pour ces groupes en particulier.

• (1035)

M. Brian Murphy: Je sais que c'est un problème pour les autres circonscriptions, mais je viens de Moncton, de centre de l'Acadie, en fait. Je peux le dire parce que les autres Néo-Brunswickois ne sont pas ici.

Néanmoins, nous avons maintenant un problème: où se retrouvera le nouveau laboratoire de cathétérisme cardiaque? À Moncton, évidemment, parce que ce sera le deuxième dans la province, le premier étant situé à Saint-Jean, au centre de la population anglophone du Nouveau-Brunswick. C'est certain que le deuxième sera à Moncton, mais où? À l'hôpital régional Georges-L.-Dumont, ou au Moncton Hospital, où on offre beaucoup de services bilingues? Dans le cas d'une égalité entre les deux établissements, serait-ce raisonnable de choisir l'hôpital francophone, pour la raison dont nous sommes en train de discuter ici?

Mme Louise Bouchard: J'aurais tendance à dire que oui, mais je vais laisser Mme Robert répondre.

Mme Nicole Robert: Je pense qu'il est très important pour les francophones, qu'ils soient de l'Ontario ou du Nouveau-Brunswick, de pouvoir parler dans leur langue quand ils sont malades. C'est ce qu'ils veulent, mais dans bien des cas, si on leur offre un service en anglais plutôt qu'en français, ils acceptent immédiatement que ce soit en anglais.

À mon avis, l'offre active est une des meilleures solutions pour nos francophones. Il faut qu'on s'adresse à eux en français et qu'ils sachent que le service est aussi bon en français qu'en anglais. Lorsque qu'on s'adresse à eux en anglais, ils répondent en anglais, étant donné qu'ils sont bilingues. Je pense que c'est une erreur. Par contre, si quelqu'un s'adresse à eux en français et qu'il est bien indiqué qu'il s'agit d'un service en français, les francophones optent pour un service dans cette langue. C'était le but des désignations en Ontario, surtout dans la région d'Ottawa.

Je suis présidente du Comité d'étude des plans de désignation. Dans le cadre de celui-ci, je rencontre des organismes voulant indiquer qu'ils offrent des services en français. Quand on applique l'offre active, les francophones ont recours aux services en français, mais il faut vraiment que ce soit annoncé.

Le président: Merci, madame Robert et monsieur Murphy.

Nous allons maintenant passer à Mme Boucher.

Mme Sylvie Boucher (Beauport—Limoulu, PCC): Merci d'être présents aujourd'hui. J'en apprend beaucoup sur les services offerts aux minorités.

Madame Bouchard, vous avez dit plus tôt que les minorités francophones étaient vieillissantes. J'aimerais en savoir plus sur le projet-pilote exploratoire traitant des besoins de la minorité francophone aînée en matière de santé et de services. Sauf erreur de ma part, le fait de parler de projet-pilote exploratoire suggère que les attentes sont un peu limitées quant aux résultats. J'aimerais que vous nous disiez ce qu'un tel projet pourrait nous apprendre.

Mme Louise Bouchard: J'aimerais préciser un détail. Ann Leis, ma collègue de Saskatchewan, et moi-même avons obtenu une subvention des IRSC pour mettre en réseau les chercheurs partout au Canada. C'est une subvention de 150 000 \$ par année répartie sur cinq ans, ce qui n'est pas considérable, quand on y pense. On a

décidé d'essayer de développer la recherche pour les plus vulnérables des communautés linguistiques, soit les aînés et les jeunes. On voudrait éventuellement être capables de mettre sur pied des projets de recherche nous permettant de documenter la situation des personnes âgées en milieu minoritaire.

Malheureusement, je n'ai pas de résultats précis à vous soumettre à ce sujet. Ce que notre groupe peut faire, c'est financer des petits projets-pilotes qui pourront ultérieurement être financés plus substantiellement. Il est évident, en effet, qu'on ne peut pas se limiter à des projets-pilotes quand on fait de la recherche.

• (1040)

Mme Sylvie Boucher: Cette recherche pourrait peut-être servir à la création d'un atlas sur la santé interactive. Vous avez abordé ce sujet plus tôt. J'aimerais que vous nous décriviez l'utilité d'un tel atlas et que vous nous disiez qui pourrait l'utiliser.

Mme Louise Bouchard: Ce projet, je le traîne depuis longtemps. Je n'ai simplement pas les fonds nécessaires pour le réaliser. La Direction de santé publique de Montréal a développé un outil absolument merveilleux, qui s'adresse aux chercheurs et aux décideurs. Il permet de rendre accessibles des données interactives sur la santé, mais encore faut-il les avoir, ces données. Il faut donc avoir accès aux données de recensement et à des données administratives sur la santé. Il faut aussi disposer de résultats de recherche quand on fait des études auprès de la population et les transposer là-dedans.

Vous, les députés, pourriez être à votre bureau et vous demander ce qui se passe du côté des francophones. Avec ce projet, il serait possible d'obtenir des données administratives en matière de santé. On pourrait, comme l'a fait la Direction de santé publique de Montréal, préciser quelle est la relation de ces gens avec les services de santé, en l'occurrence dans quelle mesure ils y ont recours. Cet outil n'est pas si coûteux, mais il faut quand même de l'argent et de la mobilisation pour le mettre en oeuvre. Pour obtenir d'autre financement, il faut passer par les concours de financement, qui sont vraiment très ardues et compétitifs. Le taux de réussite n'y est que de 20 p. 100. Pour obtenir du financement, les chercheurs doivent être très solides.

Voilà pourquoi je plaide en faveur d'un institut national de recherche sur les communautés sociolinguistiques en milieu minoritaire qui comprendrait un volet santé. Il permettrait *bona fide* de documenter tous ces besoins et de rendre accessibles des outils utiles.

Mme Sylvie Boucher: Nous parlons de nos minorités. Leur santé nous tient à coeur.

Est-on est moins en forme? Est-on plus malade? Est-ce à cause des comportements de la société, lorsqu'on est une minorité quelconque? Cela vaut-il aussi pour la minorité anglophone au Québec? Je ne parle pas de celle de Montréal, mais il existe ailleurs au Québec certaines petites communautés anglophones.

En ce qui concerne les minorités francophones, les comportements sont-ils différents?

Mme Louise Bouchard: C'est très lié aux conditions de vie. La vie en situation minoritaire dispersée offre moins d'accès aux ressources. Vivre dans des régions où l'économie est défavorable maintient les gens dans une condition beaucoup plus défavorable.

Un concept, qui serait très important dans le domaine de la santé, pourrait peut-être être exploré. Il s'agit de l'insécurité linguistique. Cela ne se traduit pas nécessairement par de la morbidité, mais cela pose un dilemme sur le plan identitaire chez les individus.

J'aimerais bien explorer cet aspect chez les jeunes. Par exemple, cela a-t-il effectivement des conséquences sur les comportements plus à risque en matière de santé, etc.?

À mon avis, beaucoup de problèmes devraient être documentés.

•(1045)

Mme Sylvie Boucher: Merci beaucoup, madame.

Le président: Merci beaucoup, mesdames Bouchard et Boucher.
[Traduction]

Nous accueillons un invité spécial aujourd'hui, M. Tilson, le président d'un autre comité, qui aimerait poser une toute petite question — en fait il semblerait qu'il s'agit d'une question qui prendra 30 secondes et à laquelle on pourra répondre en 30 secondes également.

La raison pour laquelle nous procédons si rapidement est que nous devons discuter des travaux futurs du comité ensuite.

M. David Tilson (Dufferin—Caledon, PCC): Je suis ravi que vous ayez accepté de m'accorder ces 30 secondes, monsieur le président.

Des voix: Oh, oh!

M. David Tilson: Il y a environ 18 mois, j'étais membre d'une délégation au Conseil de l'Europe. Lors de mon voyage, j'ai rencontré un médecin de France. Évidemment, en Europe, il n'y a pas de frontière. Il y a le français, l'anglais, l'allemand, et l'espagnol. Ce médecin est Français. C'est tout. Cependant, en dépit de mes piètres connaissances de la langue française nous avons quand même pu communiquer. Nous avons parlé de la situation.

Il m'a dit qu'en raison des problèmes linguistiques qui existent en France, les examens de routine sont moins fréquents. Il serait donc difficile de procéder au dépistage ou à la détection de maladies ou de problèmes.

Au Canada nous avons la communauté francophone, anglophone et multiculturelle à Montréal, Toronto et Vancouver. Ce problème ne se rencontre pas dans les communautés françaises ou anglaises.

Monsieur Bouchard, avez-vous étudié cet aspect de la question dans le cadre de votre recherche. Dans l'affirmative, est-il possible d'évaluer l'impact de ce problème sur les groupes linguistiques minoritaires soient-ils francophones ou anglophones?

[Français]

Mme Louise Bouchard: Je vais répondre en français.

Bien sûr, dans notre contexte canadien, les immigrants doivent fonctionner et choisir une des deux langues officielles. On sait que...

[Traduction]

M. David Tilson: Permettez-moi de vous interrompre, je vais vous rappeler que je parle simplement ici des communautés francophones et anglophones. S'il vous plaît répondez à cette question en songeant aux minorités francophones en milieu anglophone et aux minorités anglophones en milieu francophone. Oubliez le reste.

[Français]

Mme Louise Bouchard: D'accord.

Les études que j'ai menées montrent que le fait de vivre en situation minoritaire, pour les deux minorités, anglophone ou francophone, semble influencer négativement l'état de santé perçu des individus. Par-delà la situation économique, l'éducation ou le sexe, quelque chose intervient. Aussi, c'est plus marqué pour les hommes que pour les femmes, sur la base du modèle d'analyse.

Voilà où j'en suis rendue. Il est donc important de continuer d'explorer ce point pour le comprendre. À cet égard, la contribution avec les réseaux est très importante pour savoir, effectivement, comment les choses se passent sur le terrain et quelle serait la meilleure planification de services pour faire face à cette situation.

Le président: Merci beaucoup, madame Bouchard.

[Traduction]

Merci beaucoup, monsieur Tilson.

[Français]

C'est dommage, mais nous devons passer à autre chose. Je voudrais remercier nos invités. Je demande aux membres du comité de rester à leur place, car nous devons traiter de certains sujets pendant environ dix minutes.

Je remercie nos invités.

Nous devons discuter de deux choses. Pour commencer, parlons des prochains travaux. Le ministre Solberg va venir le 24 octobre, mardi prochain, pendant une heure, de 10 heures à 11 heures. On recevra un témoin à 9 heures, un témoin qui parlera de santé. Le ministre sera ici de 10 heures à 11 heures, le 24.

Les 26 et 31 octobre, nous recevrons des témoins qui traiteront de la santé. Le ministre Cannon va venir le 2 novembre, pendant deux heures. Le voyage aura lieu le 6 novembre.

Le 14 décembre, on recevra des témoins qui parleront de santé et d'immigration. Les ministres Oda, Verner et Clement, quand ils seront disponibles, viendront témoigner.

Monsieur Godin, vous avez la parole.

•(1050)

M. Yvon Godin: Si je comprends, le 6 novembre, nous voyagerons dans l'Est, et le voyage dans l'Ouest aura lieu...

La greffière du comité: Ce sera du 4 au 8 décembre.

M. Yvon Godin: Ce sera du 4 au 8 décembre.

Peut-on discuter de la possibilité d'inviter d'autres témoins?

Le président: C'est déjà...

La greffière: En ce qui a trait aux témoins, du moins jusqu'au 2 novembre, j'ai plutôt invité des gens qui vivent près d'ici, parce que si le comité voyage, vous pourrez entendre des témoins de vos régions. Peut-être qu'au retour, s'il y a des points que vous n'avez pas vraiment eu le temps d'élucider comme vous le vouliez, on pourra accueillir des invités qui témoigneront sur l'immigration et sur la santé, car on fait les deux études parallèlement.

Voilà où j'en suis. Si des gens veulent me fournir des noms pour quoi que ce soit... Je sais que vous m'en avez remis un, et j'ai noté qu'on pourrait recevoir cette personne à Moncton.

Le président: Monsieur Godin était le premier.

La greffière: Pourquoi la sonnerie se fait-elle entendre?

M. Yvon Godin: Parce qu'il n'y a pas quorum ou qu'on appelle les députés à participer à un vote.

Il faut faire attention. Le but du voyage n'est pas de parler de la santé, mais de recevoir tous les organismes que l'on voulait rencontrer. Il ne faut pas se faire prendre. Ici, à Ottawa, on ne reçoit que les gens qui parlent de santé, on n'invite pas des gens de l'extérieur. Quand on fera notre voyage, on ne devra pas passer tout notre temps à parler de la santé.

La greffière: Il est question de santé et d'immigration. Voudriez-vous toucher à autre chose? Je sais qu'en ce moment, il est prévu que vous allez passer une journée seulement dans chaque ville.

M. Yvon Godin: C'est la raison pour laquelle je fais ce commentaire. Le voyage ne portait pas sur la santé. À cet égard, il faudra peut-être inviter des gens à venir ici.

Lorsque nous voyagerons, nous voudrions aller voir les gens sur le terrain pour savoir comment l'argent de nos programmes est distribué et pour voir quels en sont les effets.

Si nous ne passons qu'une heure à Moncton, je ne veux pas que nous parlions de la santé sans parler de la raison et du but de notre voyage.

Le président: Je voudrais clarifier quelque chose. Il y a une liste...

M. Jean-Rodrigue Paré (attaché de recherche auprès du comité): Je pense qu'il y a un petit malentendu. Il faudrait clarifier cela. Le point de départ, le grand chapeau du voyage, c'était le plan d'action. Le volet principal du plan d'action, c'était l'éducation; le deuxième volet, c'était la santé. Il y a aussi un volet immigration dans ce plan d'action. Il y a donc différents volets, et il y avait un volet fonction publique, dont il ne sera pas nécessaire de parler lors du voyage. Tel est le plan d'action.

M. Yvon Godin: Je conviens de cela.

Nous avons décidé que la santé serait notre priorité. Dès lors, lorsque nous serons à Moncton, je ne veux pas que nous passions notre heure à parler de la santé, alors qu'il existe un forum ici, à Ottawa, où nous pouvons convoquer les gens.

Une heure passe très vite. En effet, deux heures à discuter seulement de la santé viennent déjà de s'écouler.

● (1055)

Le président: Madame Boucher, avez-vous des commentaires?

Mme Sylvie Boucher: Je suis d'accord avec M. Godin. Nous en avons parlé au début: les discussions sur la santé se tiennent ici. Nous pouvons rencontrer des gens venant de l'extérieur, certes.

Nous venons de parler de la santé pendant deux heures. À mon avis, il est important que des gens de l'extérieur d'Ottawa viennent nous rencontrer ici, parce que tout le monde est ici, ensemble. Par contre, en voyage, nous ne pouvons rencontrer qu'une ou deux personnes. Néanmoins, il ne faudrait pas passer notre semaine à ne discuter que de la santé.

Le président: Je pense que la greffière a noté vos commentaires. Cela vous convient-il?

Une voix: Je suis d'accord avec vous, monsieur Godin.

Le président: Vous êtes toujours d'accord avec ce monsieur!

En ce qui concerne le voyage, à 13 heures, je vais présenter notre autorisation de voyage au Comité de liaison. J'espère que cela fonctionnera, parce que tous les whips sont au courant et, jusqu'à présent, ils sont favorables à notre projet de voyage.

Madame Barbot.

Mme Vivian Barbot: En ce qui concerne le plan d'action, pourrait-on en avoir un? Je crains qu'on se perde dans les différentes ramifications. En fait, j'aimerais obtenir un plan établissant quelles personnes nous avons rencontrées jusqu'à présent ainsi que les sujets dont nous avons discuté, et qui nous avons l'intention de rencontrer. Ainsi, nous pourrions nous situer.

En fait, j'ai l'impression que nous sautons de l'un à l'autre, de sorte que nous perdons le fil. Je suis sûre que l'analyste l'a peut-être en tête, mais j'aimerais l'obtenir par écrit.

M. Jean-Rodrigue Paré: Vous voulez dire un plan de travail.

Je peux le faire, mais il risque de toute façon de ne pas être tel que est prévu, parce que chaque semaine, et parfois deux fois par semaine, nous révisons un peu tout ce qui s'en vient en fonction des questions et des priorités.

Déjà, je constate qu'il y a un malentendu. Je pensais que les gens profiteraient du voyage pour examiner le plan d'action, mais aussi, de manière un peu prioritaire, les questions de santé et d'immigration, tant qu'à y être. Par ailleurs, je constate que ce n'est pas ce qui se passe. Alors, il nous faut refaire le plan. Toutefois, ce n'est pas inutile, car on rencontrera ici les gens qu'on avait pensé inviter, au lieu de les rencontrer là-bas.

Mme Vivian Barbot: Pour cette raison, il est important que nous ayons ce plan et que nous nous y reportions. Sinon, nous n'en finirons plus de dévier au gré de ce que la dernière personne à avoir parlé a dit. Cela nous aiderait à nous concentrer sur les choses qu'on a déjà planifiées.

M. Jean-Rodrigue Paré: Très bien. Je peux faire un plan. Cela ne me pose pas de problème, j'ai un plan. J'en fais un parce que je prévois qu'il y aura un rapport. Par conséquent, j'ai un plan que je peux vous présenter, si vous le voulez.

Mme Vivian Barbot: Nous devrions nous engager à respecter ce plan. Je veux bien comprendre qu'une fois de temps en temps il y ait une priorité, mais il ne faut pas dévier constamment, sinon nous sortirons d'ici avec l'impression que nous perdons notre temps. En tout cas, c'est mon impression. Voilà.

Le président: L'analyste a noté vos commentaires. Est-ce tout?

Madame Boucher.

Mme Sylvie Boucher: Sait-on qui sont ceux qui vont faire partie du voyage?

M. Jean-Claude D'Amours: Monsieur le président, vous irez au Comité de liaison aujourd'hui, à 13 heures, pour présenter l'autorisation du projet de voyage. Dès que ce sera accepté par la Chambre, nous saurons qui fera partie du voyage.

La greffière: Des députés m'ont posé la question, mais cela dépend un peu de vous. Par exemple, dans l'Est, vous n'avez pas beaucoup de choix, car vous avez cinq villes à couvrir. Cela signifie que vous devez partir le dimanche soir pour être prêts tout de suite à commencer dans une première ville le lundi matin.

Par contre, en ce qui concerne votre voyage dans l'Ouest, vous avez quatre villes à couvrir, mais les distances à parcourir sont plus longues. Préférez-vous partir le dimanche soir pour revenir très tard le jeudi? C'est probablement presque impossible. Le départ sera peut-être reporté au vendredi ou bien au lundi, alors qu'il n'y aura rien à faire. Vous disposerez ensuite du mardi, du mercredi, du jeudi et du vendredi, mais vous ne reviendrez probablement que le samedi.

Le président: Monsieur D'Amours.

M. Jean-Claude D'Amours: Si je comprends bien, en fin de compte, c'est assez compliqué.

Je veux néanmoins soulever un point. Si possible, j'aimerais que nous prenions sérieusement en considération la possibilité d'être déjà à Vancouver le lundi matin pour commencer. En fin de compte, nous devrions voyager pour pouvoir être à Vancouver le lundi matin, d'une manière ou d'une autre, afin d'y commencer là-bas notre première réunion.

Puis, le jeudi, nous devrions essayer d'examiner les possibilités pour que nous puissions tous retourner dans nos circonscriptions, étant donné que c'est quand même la fin de semaine de la fête de l'Armistice.

• (1100)

La greffière: Non, il s'agit du mois de décembre.

M. Jean-Claude D'Amours: Dans un autre comité? Non, la fin de semaine de la fête de l'Armistice est au mois de novembre.

Excusez-moi, je parlais du voyage dans l'Ouest. Que le lundi matin, nous commençons à Vancouver et que le jeudi, nous ayons la possibilité de voir comment on peut terminer, de sorte que nous puissions retourner dans nos circonscriptions respectives, compte tenu que ce sera la fin de semaine de la fête de l'Armistice.

Le président: Non, c'est au mois de décembre. Le voyage dans l'Ouest aura lieu au mois de décembre.

M. Jean-Claude D'Amours: Excusez-moi, je comprends. Oui, nous nous comprenons.

D'une manière ou d'une autre, c'est pour retourner dans notre circonscription.

Le président: Madame Barbot.

Mme Vivian Barbot: C'est cela. Par contre, j'aimerais bien qu'on voyage le lundi, pas le dimanche. Je préférerais qu'on puisse circonscrire les choses pendant la semaine de travail, mais si ce n'est pas possible, tant pis. De plus, j'aimerais partir de Montréal plutôt que d'Ottawa.

Le président: Y a-t-il d'autres commentaires?

La greffière: On communiquera avec chaque député. Le voyage vers l'Ouest, pour se rendre à Vancouver, se fera à bord de vols commerciaux. Par contre, si vous voulez partir seulement le lundi, vous arriverez peut-être en retard, dans la mesure où les autres veulent vraiment partir le dimanche soir et commencer le lundi matin.

Mme Vivian Barbot: Je ne dis pas que je veux faire autre chose que le reste du groupe. Si c'est possible, je préférerais cela, mais je vais me rallier à ce que les autres vont faire.

Le président: Monsieur D'Amours.

M. Jean-Claude D'Amours: En réalité, je comprends votre argument. Cependant, étant donné la distance à parcourir pour nous rendre à Vancouver, nous ne commencerons peut-être pas avant mardi. Ce sera donc peut-être un peu difficile.

Mme Vivian Barbot: Dans la mesure du possible.

Le président: La séance est levée.

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre des communes

Published under the authority of the Speaker of the House of Commons

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante :

Also available on the Parliament of Canada Web Site at the following address:

<http://www.parl.gc.ca>

Le Président de la Chambre des communes accorde, par la présente, l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ce document à des fins éducatives et à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé de journal. Toute reproduction de ce document à des fins commerciales ou autres nécessite l'obtention au préalable d'une autorisation écrite du Président.

The Speaker of the House hereby grants permission to reproduce this document, in whole or in part, for use in schools and for other purposes such as private study, research, criticism, review or newspaper summary. Any commercial or other use or reproduction of this publication requires the express prior written authorization of the Speaker of the House of Commons.