

Commissariat aux
services en français
de l'Ontario



Office of the
French Language Services
Commissioner of Ontario

**Mémoire du Commissariat aux services en français au sujet du Projet de loi 41,
*Loi modifiant diverses lois dans l'intérêt des soins axés sur les patients***

Présenté aux membres du Comité permanent de l'Assemblée législative

Toronto

23 novembre 2016

La voix d'accès. Your Voice Matters.



Table des matières

1. Introduction	3
1.1 Sommaire	4
2. L'importance de responsabiliser les acteurs impliqués dans la prestation de services de santé en français quant aux exigences de la <i>LSF</i>	5
2.1. Le cadre législatif et réglementaire régissant la prestation de service de santé en français en Ontario	5
2.2. Les RLISS soutiennent ne pas avoir d'obligations d'assurer une prestation de services de santé respectant les exigences de la <i>LSF</i>	6
2.3 Modifications proposées au projet de loi 41 afin d'assurer le respect de la <i>LSF</i>	7
2.3.1 Modifier le projet de loi 41 afin d'ajouter des mécanismes de responsabilisation pour le ministère, les RLISS et les fournisseurs de services de santé	8
2.4 Conclusion.....	8
3. Imputabilité des RLISS.....	9
3.1 Un rôle élargi pour les Entités – plus qu'uniquement la consultation.....	9
3.2 Modifications proposées au projet de loi afin d'assurer un rôle plus important aux entités de planification	11
4. Conclusion.....	13

1. Introduction

Le Commissariat aux services en français (« Commissariat ») présente ce mémoire au Comité permanent de l'Assemblée législative (« Comité ») dans le cadre de son étude relative au projet de loi 41, *Loi modifiant diverses lois dans l'intérêt des soins axés sur les patients* (« le projet de loi 41 »), communément appelée la *Loi de 2016 donnant la priorité aux patients* et qui modifie la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*¹ (« Loi de 2006 ») et d'autres lois connexes.

Il importe de souligner une modification simple, mais très importante pour la communauté francophone de l'Ontario, qui est proposée dans le projet de loi 41, à son paragraphe 4(2), et qui ajoute un nouvel élément au mandat des réseaux locaux d'intégration des services de santé (« RLISS ») :

4. (2) L'article 5 de la Loi est modifié par adjonction de l'alinéa suivant :

e.1) promouvoir l'équité et réduire les disparités et les inégalités dans le domaine de la santé, et respecter la diversité des collectivités et les exigences de la Loi sur les services en français dans le cadre de la planification, la conception, la prestation et l'évaluation des services. (Nous soulignons)

L'ambition exprimée dans cet alinéa est louable et va au cœur de l'objectif même de ce projet de loi et qui préoccupe le Commissariat : la priorité au patient (évidemment, compte tenu du mandat du Commissariat, ce mémoire porte sur un sujet plus précis : le patient *francophone*). Or, en plus d'énoncer la nécessité d'assurer le respect de la *Loi sur les services en français*² (« LSF »), il est important de s'assurer que le cadre législatif régissant l'offre de services de santé favorise la réalisation de cet objectif. Trop souvent, ce patient francophone, minoritaire, malade et très vulnérable, est incapable d'obtenir des services en français en conformité avec les droits linguistiques qui lui sont conférés par la LSF.

Il s'agit par ailleurs d'un problème qui est reconnu par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (« le Ministère ») :

Certains Ontariennes et Ontariens – en particulier les populations autochtones, les Franco-Ontariennes et Franco-Ontariens, les membres de groupes culturels (particulièrement les nouveaux arrivants), et les personnes ayant des défis de santé mentale ou de dépendance – ne sont pas toujours bien servis par le système de santé³. (Nous soulignons)

Toutefois, le nouvel article 5. e.1) n'est pas suffisant pour combler les brèches du système. Même avec cet ajout, les patients francophones vont toujours souffrir des lacunes de l'offre inadéquate de services de santé en français. L'Assemblée législative a ici l'opportunité de remédier à deux lacunes importantes du régime actuel qui font en sorte que le patient francophone ne reçoit pas des services de santé en français de qualité égale : l'absence de

¹ *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*, LO 2006, c 4 (« Loi de 2006 »).

² *Loi sur les services en français*, LRO 1990, c F.32 (« LSF »).

³ *Document de discussion : Priorité aux patients – Une proposition pour renforcer les soins de santé axés sur les patients en Ontario*, 17 décembre 2017, à la p 4.

mécanismes efficaces permettant de responsabiliser les acteurs en matière de services de santé en français et l'absence de clarté quant au rôle que doit jouer les entités de planification des services de santé en français (« Entités »).

Pour répondre adéquatement aux inquiétudes du ministre concernant les services inéquitables offerts aux Franco-Ontariens et Franco-Ontariennes, nous recommandons fortement au Comité d'adopter quelques modifications au projet de loi 41. Ces modifications visent à mettre en place des mécanismes supplémentaires visant à assurer le respect de la *LSF* ainsi qu'à donner un plus grand rôle à la communauté francophone comme partenaire de planification de services de santé en français.

Les modifications pourront en plus mettre un terme au débat juridique qui existe entre le Commissariat et les RLISS. Selon ces derniers, puisqu'ils n'ont pas le mandat législatif explicite de livrer eux-mêmes les services de santé, ils n'ont pas non plus la capacité de déléguer cette obligation aux fournisseurs de services. Par conséquent, les fournisseurs de services de santé n'ont pas d'obligations en matière de prestation de services de santé en français et les RLISS n'ont pas à vérifier si les fournisseurs de services respectent ce règlement et la *LSF*.

Le Commissariat a à maintes reprises souligné le non-sens tant juridique que politique de cette position prise par les RLISS et corroborée par le Ministère. Si l'interprétation juridique des RLISS prévaut, cela signifierait que l'on ne peut plus exiger des fournisseurs de services qu'ils se dotent de cette capacité d'offrir des services de santé en français.

L'Assemblée législative a l'occasion parfaite pour remédier aux lacunes législatives pour enfin protéger les droits linguistiques des patients francophones. Le Commissariat espère que le Comité va prendre ses propositions au sérieux et modifier la *Loi de 2006* en conséquence.

1.1 Sommaire

La rétroaction du Commissariat repose sur deux axes principaux : i) l'application de la *LSF* et ses règlements aux RLISS et aux fournisseurs de services ; et ii) l'imputabilité des RLISS en matière de service de santé en français.

i) L'application de la *LSF* et ses règlements aux RLISS et aux fournisseurs de service

Les RLISS, de concert avec les Entités, doivent identifier ensemble les fournisseurs de services qui vont offrir des services de santé en français. Les services offerts par ces fournisseurs de services de santé sont offerts pour le compte d'un organisme gouvernemental, les RLISS, mandataires de la Couronne provinciale, aux termes d'une entente avec les RLISS. Ceci a deux conséquences : ces fournisseurs de services sont des tiers sous le Règlement 284/11 *Prestation de services en français pour le compte d'organismes gouvernementaux* lorsqu'ils offrent des services dans une région désignée sous la *LSF*, et les RLISS, encore en vertu du Règlement 284/11, ont l'obligation de s'assurer que ces fournisseurs de services respectent leurs obligations législatives en matière de services de santé en français.

ii) L'imputabilité des RLISS en matière de service de santé en français

La *Loi de 2006* n'accorde aux Entités qu'un rôle de consultation dans le processus de prestation de services de santé en français. Même si les Entités ont été nommées spécifiquement sur les bases de leur expertise et connaissances des priorités de la communauté francophone, les RLISS ne collaborent pas adéquatement avec elles pour planifier des services en français. L'absence d'un cadre d'imputabilité entre les RLISS et les Entités entrave la prestation de services de santé en français efficace et empêche la transparence.

2. L'importance de responsabiliser les acteurs impliqués dans la prestation de services de santé en français quant aux exigences de la LSF

2.1. Le cadre législatif et réglementaire régissant la prestation de service de santé en français en Ontario

En vertu de la *Loi de 2006*, le Ministère assure la prestation des services de santé par l'intermédiaire des RLISS. Quatorze RLISS coordonnent et financent les services de santé sur leurs territoires donnés. Le financement qu'accorde le Ministère pour la prestation des services de santé est transféré aux RLISS qui, à leur tour, concluent des ententes avec des fournisseurs de services qui offrent les services de santé directement à la population.

Sous le régime du projet de loi 41, les RLISS sont prestataires *directs* de services de santé notamment dans le domaine des services de santé à domicile. Pour les autres secteurs d'activités, les RLISS sont des prestataires *indirects* dans la mesure où ils concluent des ententes de responsabilisation avec des fournisseurs de services de santé. Certains de ces fournisseurs de services sont désignés à titre d'organismes gouvernementaux en vertu de la *LSF* (par exemple l'Hôpital Montfort)⁴, mais la majorité ne l'est pas.

La *LSF* exige que les organismes gouvernementaux offrent des services en français au siège de leur administration ainsi que dans tout bureau desservant une région désignée. L'article 1 de la *LSF* définit un organisme gouvernemental entre autres comme suit : « [...] une personne morale dont la majorité des membres sont nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil ». Il n'y a pas de doute que les RLISS sont des organismes gouvernementaux en vertu de cette définition. En effet, l'article 2 de la *Loi de 2006* définit les RLISS comme étant « une personne morale ». L'article 7 de cette même loi prévoit que le conseil d'administration des RLISS soit composé de membres « que nomme le lieutenant-gouverneur en conseil ».

Tant le Ministère que les RLISS sont responsables de s'assurer que la prestation des services de santé en français respecte les exigences de la *LSF*. En effet, en vertu du Règlement 284/11 *Prestation de services en français pour le compte d'organismes gouvernementaux*⁵ et du paragraphe 5(1) de la *LSF*, un RLISS, en tant que mandataire du Ministère, doit veiller à ce qu'un

⁴ Voir Règlement 398/93 *Désignation d'organismes offrant des services publics*.

⁵ Règlement 284/11, art 1 et 2.

fournisseur de services de santé, identifié par le RLISS et un Entité et situé dans une région désignée par la *LSF*, communique avec le public et lui offre ses services en français.

Ce règlement prévoit qu'un organisme gouvernemental doit s'assurer qu'un tiers respecte la *LSF* si celui-ci offre des services i) aux termes d'une entente conclue avec l'organisme gouvernemental ; et ii) pour le compte de l'organisme gouvernemental. Les ententes de responsabilisation entre les fournisseurs de services de santé et les RLISS confirment que les services de santé sont offerts aux termes d'une entente conclue avec un organisme gouvernemental. Par ailleurs, les fournisseurs de services de santé offrent des services pour le compte du Ministère, représenté par les RLISS, puisqu'ils mettent en œuvre un programme gouvernemental.

Afin de respecter le droit aux services en français dans le domaine de la santé, les RLISS et le Ministère doivent assurer une offre de services de santé qui répond aux exigences de la *LSF*. Les fournisseurs de services de santé, identifiés par le RLISS et l'Entité comme étant des fournisseurs de services de santé en français, situés dans les régions désignées, quant à eux, n'ont pas d'obligations directes qui découlent de la *LSF*. Plutôt, toute obligation en matière de prestation des services en français doit découler de l'entente conclue avec les RLISS. Ainsi, concrètement, les RLISS sont tenus d'inclure des dispositions contractuelles dans leurs ententes avec les fournisseurs de services de santé dans les régions désignées et de s'assurer que ces dispositions sont respectées.

2.2. Les RLISS soutiennent ne pas avoir d'obligations d'assurer une prestation de services de santé respectant les exigences de la *LSF*.

Bien que l'assujettissement des fournisseurs de services à la *LSF* et ses règlements soit une évidence pour le Commissariat, les RLISS sont d'avis que puisqu'ils n'offrent pas de services de santé directement⁶, ils n'ont pas la capacité de déléguer cette obligation aux fournisseurs de services, et par conséquent ils n'ont pas à s'assurer que les fournisseurs respectent la *LSF*.

Dans le rapport annuel de 2013-2014, *Une institution francophone s'enracine*⁷ et de 2014-2015, *La parole aux sans-voix*⁸, le commissaire a souligné le non-sens de la position juridique prise par les RLISS, corroborée par le Ministère. Si cette interprétation devait prévaloir, cela signifierait que l'on ne peut pas exiger que les fournisseurs de services de santé offrent des services en français, même s'il s'agit de services financés par le gouvernement. Il va sans dire qu'une telle interprétation des faits et de la législation ontarienne est complètement inconséquente avec

⁶ Le Commissariat reconnaît, et espère que les RLISS vont aussi le reconnaître, que le projet de loi 41 oblige maintenant les RLISS d'offrir des services de santé directement à la population, notamment en matière de services à domicile.

⁷ Commissariat aux services en français, *Rapport annuel 2013-2014, Une institution francophone s'enracine* aux pp 33-34.

⁸ Commissariat aux services en français, *Rapport annuel 2014-2015, La parole aux sans-voix* aux pp 16-17.

l'historique des services en français dans la province dans le secteur de la santé et certainement contraire tant à la lettre qu'à l'esprit de la *Loi de 2006* et de la *LSF*.

Les fournisseurs de services sont aux premiers rangs de l'offre de services de santé à toute la population ontarienne, incluant les francophones. Le Commissariat est d'avis qu'il est clair que les fournisseurs de services identifiés par les RLISS et les Entités, sont des tiers visés et assujettis au Règlement 284/11 en vertu de leur relation contractuelle avec les RLISS, qui eux sont les mandataires de la Couronne provinciale et le Ministère. Aussi, puisque les fournisseurs doivent adhérer à la Loi de 2006 et aux ententes de responsabilisation avec les RLISS, ils mettent en œuvre un programme gouvernemental⁹. Finalement, puisque le Règlement 284/11 vise l'organisme gouvernemental quant à la surveillance des tiers, les RLISS doivent s'assurer que les services qu'offrent les fournisseurs respectent la *LSF* et ses règlements.

2.3 Modifications proposées au projet de loi 41 afin d'assurer le respect de la *LSF*

Le temps des débats juridiques et des interprétations multiples des obligations des RLISS et des fournisseurs de services est révolu – en fin de compte, c'est le patient francophone qui perd et qui voit ses droits linguistiques bafoués.

Bien que l'interprétation très restrictive faite par les RLISS de leurs obligations en vertu de la *LSF* ne soit pas fondée en droit, il demeure que faire reconnaître l'applicabilité de la *LSF* aux RLISS et aux fournisseurs de services devant les tribunaux serait une entreprise longue et pénible. Le projet de loi 41 constitue donc une occasion en or pour l'Assemblée législative de clarifier son intention de respecter la *LSF* et d'assurer aux RLISS l'obligation que l'offre de services de santé en français soit conforme aux exigences de la *LSF*.

L'ajout du nouveau paragraphe 5. (e.1) comme libellé dans le projet de loi 41 est certes une mesure positive. Cela étant, cet énoncé de principe général ne sera tout simplement pas suffisant pour convaincre l'ensemble des RLISS desservant des régions désignées par la *LSF* de modifier leurs interprétations juridiques afin d'assurer une meilleure prestation de services en français. Le Commissariat propose donc quelques ajouts au projet de loi 41 afin de clarifier la responsabilité des RLISS, mais aussi du Ministère.

⁹ Dans l'arrêt *Eldridge c Colombie Britannique (Procureur général)*, [1997] 3 RCS 624 et la Cour fédérale dans *Quigley c Canada (Chambre des communes)*, 2002 FCT 645 ont toutes deux affirmé que lorsqu'une tierce partie met en œuvre un programme gouvernemental, ces entités sont soumises aux obligations de l'organisme gouvernemental notamment constitutionnelles.

2.3.1 Modifier le projet de loi 41 afin d'ajouter des mécanismes de responsabilisation pour le ministère, les RLISS et les fournisseurs de services de santé

Le Commissariat propose l'ajout de dispositions au projet de loi 41 créant des mécanismes explicites visant à assurer le respect des obligations incombant au ministre et aux RLISS de s'assurer qu'il existe une offre suffisante de services en français là où la *LSF* le requiert.

L'article 14 de la Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local est modifié par adjonction de ce qui suit :

(4.1) Lorsqu'il élabore un ensemble de priorités et une orientation stratégique pour le système de santé et les systèmes de santé locaux dans le cadre du plan stratégique provincial, le ministre s'assure que celles-ci favorisent une prestation de services de santé respectant les exigences de la *Loi sur les services en français*.

Le paragraphe 18(2) de la Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local est modifié par adjonction de ce qui suit :

e.1) l'obligation pour le réseau, le cas échéant, de respecter les exigences prévues dans la *Loi sur les services en français* ;

La Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local est modifiée par adjonction de l'article suivant :

20.2 En concluant les ententes de responsabilisation en matière de services avec les fournisseurs de services de santé visés à l'article 20 et identifiés par les réseaux locaux et les entités de planification de services en français, les réseaux locaux s'assurent que l'offre de services de santé satisfait aux exigences prévues dans la *Loi sur les services en français*.

Ces dispositions visent à s'assurer que le Ministère et les RLISS tiennent compte de leurs obligations en vertu de la *LSF* lors de l'élaboration de leurs priorités. Le nouveau paragraphe 14(4.1) vise à assurer que la *LSF* soit prise en compte lorsque le ministre élabore ses priorités et orientations stratégiques. Le nouveau paragraphe 18(4) s'assurerait que l'entente de responsabilisation conclue entre le ministre et les RLISS contienne des dispositions visant le respect de la *LSF*.

Enfin, le nouvel article 20.2 imposerait une obligation aux RLISS de s'assurer que les ententes de responsabilisation contiennent des dispositions visant l'offre de services en français. Comme expliqué ci-dessus, ce ne serait pas nécessairement l'ensemble des fournisseurs de services de santé qui auraient l'obligation d'offrir des services en français. Les RLISS devraient cependant s'assurer que de tels services soient offerts dans les régions désignées qu'elles desservent.

2.4 Conclusion

Les RLISS avaient et ont toujours des obligations en matière de prestation de services de santé en français. En effet, avant l'arrivée des RLISS, c'est le Ministère qui avait la responsabilité directe d'identifier les fournisseurs de services afin d'exiger que ces derniers développent une capacité d'offrir des services de santé en français. Il est illogique de penser que l'arrivée des

RLISS dans l'écosystème de la santé, en remplacement du Ministère au niveau de la relation directe avec les fournisseurs de services, que la population francophone n'a maintenant plus accès aux services de santé en français.

Le Ministère doit sérieusement évaluer le fonctionnement du système de la prestation des services de santé en français en Ontario. Il est évident que les fournisseurs de services mettent en œuvre un programme gouvernement pour le compte des RLISS – il s'ensuit logiquement que les obligations linguistiques sous la *LSF* des RLISS devraient aussi faire partie de cette mise en œuvre.

3. Imputabilité des RLISS

Comme indiqué ci-dessus, plusieurs acteurs décisionnels œuvrent dans le système de santé : entre autres, le Ministère, les RLISS et les fournisseurs de services. Dans ce modèle, les fournisseurs de services doivent rendre des comptes aux RLISS, et à leur tour les RLISS doivent rendre des comptes au Ministère.

Lorsqu'il est question de services de santé en français, il faut également tenir compte du rôle important joué par les Entités. Ces organismes sont prescrits par l'article 16 de la *Loi de 2006* et habilités par le Règlement 515/09, *Engagement de la collectivité francophone en application de l'article 16 de la loi*.

Le Commissariat a publié un rapport spécifiquement sur la planification des services de santé en français en 2009¹⁰ dans lequel nous soulignons l'importance d'une imputabilité de la part de tous les acteurs décisionnels concernés. Plus précisément, les RLISS, de par leur nature, sont imputables au gouvernement et ils doivent justifier leurs décisions, tant budgétaires qu'administratives. Comme nous l'avons vu plus haut, le Ministère assure cette imputabilité en obligeant la conclusion d'ententes de responsabilisation avec chacun des quatorze RLISS, et entre les RLISS et les fournisseurs de services.

Mais pour garantir l'imputabilité à tous les niveaux, les Entités doivent participer à la planification des services de santé en français en partenariat avec les RLISS. Sans cette participation complète et continue des Entités, les RLISS ne peuvent confirmer que les processus de planification et d'intégration des services de santé qu'ils coordonnent reflètent les besoins des communautés francophones qu'ils doivent « engager ».

3.1 Un rôle élargi pour les Entités – plus qu'uniquement la consultation

Comme le souligne le *Rapport, 2009* du Commissariat, non seulement les RLISS doivent assurer l'offre de services en français, ils doivent de plus s'assurer que les besoins des francophones soient pris en compte lorsqu'ils planifient, financent et offrent des services de santé. Encore,

¹⁰ Rapport spécial sur la planification des services de santé en français en Ontario, 2009 (« *Rapport, 2009* »).

notons ici que ce ne sont pas tous les fournisseurs de services qui doivent offrir des services en français – les RLISS doivent identifier certains fournisseurs de services identifiés, de concert avec les Entités, selon les besoins spécifiques de la communauté franco-ontarienne.

La *Loi de 2006* prévoit cette nécessité et permet la création des Entités qui, selon la loi, participent à l'engagement communautaire que doivent mener les RLISS¹¹. Le Règlement 595/09 accorde aux Entités le rôle de « conseiller » auprès des RLISS¹². Pour adéquatement desservir la population francophone, les Entités doivent pouvoir faire plus que simplement « conseiller » les RLISS.

Pour être en mesure de servir adéquatement la population francophone, les Entités doivent participer à la planification des services de santé en français. Les Entités ont été choisies spécifiquement pour leur expertise et leur connaissance en matière d'offre de services de santé en français¹³. Par conséquent, elles devraient pouvoir collaborer comme partenaires avec les RLISS à la planification et à la coordination des services en français.

C'est le principe de subsidiarité qui a guidé l'adoption la *Loi de 2006*. Le principe veut qu'il soit souhaitable sur le plan des politiques publiques que les décisions soient prises par l'acteur décisionnel le plus près des gens touchés par les décisions¹⁴. Dans le domaine des services de santé en français, les Entités sont les organismes les plus prêts de la communauté francophone et donc sont les plus aptes à connaître leurs besoins spécifiques. Selon ce principe, ce sont les Entités qui devraient pouvoir prendre les décisions, ou au moins participer activement à la prise de décision, lorsque vient le temps de planifier, prioriser et intégrer les services de santé en français à l'ensemble du système de santé provincial.

Dans le domaine de l'éducation, la Cour suprême du Canada a conclu que le groupe majoritaire peut avoir de la difficulté à comprendre les besoins spécifiques de la minorité, et elle ne va pas toujours percevoir pourquoi elle aurait besoin d'un traitement différent¹⁵. Cela va de soi pour le domaine de la santé : les Entités, qui sont les porte-paroles des Franco-Ontariens et Franco-Ontariennes, sont mieux placées pour connaître les besoins spécifiques de la communauté francophone et devraient donc avoir le mandat législatif de coordonner les services de santé en français comme partenaire des RLISS¹⁶. Le ministre lui-même appuie cette approche : dans son

¹¹ Règlement 515/09 au para 3 (1).

¹² Règlement 515/09 au para 3 (1).

¹³ Règlement 515/09 au para 2 (2).

¹⁴ La juge L'Heureux-Dubé a décrit le principe de la subsidiarité comme suit : « Ce principe veut que le niveau de gouvernement le mieux placé pour adopter et mettre en œuvre des législations soit celui qui est le plus apte à le faire, non seulement sur le plan de l'efficacité, mais également parce qu'il est le plus proche des citoyens touchés et, par conséquent, le plus sensible à leurs besoins, aux particularités locales et à la diversité de la population », *114957 Canada Ltée (Spraytech, Société d'arrosage) c. Hudson (Ville)*, [2001] 2 RCS 241 au para 3.

¹⁵ *Arsenault-Cameron c Île-du-Prince Édouard*, [2000] 1 RCS 3, au para 54 ; *Mahé c Alberta*, [1990] 1 RCS 342 à la p 372.

¹⁶ Voir Forgues, Éric, et al. *L'offre de services de santé en français en contexte francophone minoritaire. Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques*, 2011 à la p 15 : « La prise en compte de la langue française dans l'organisation des services de santé reflétera la forme des rapports sociaux qu'entretiennent les anglophones

document de discussion *Priorité aux patients : Une proposition pour renforcer les soins de santé axés sur les patients en Ontario*, il confirme qu'

[au] cours des prochaines années, à mesure que nous poursuivons la transformation et la restructuration du système de soins de santé afin de le rendre plus intégré, accessible, transparent et responsable, nous nous efforcerons d'améliorer l'équité en santé et de réduire les disparités sanitaires. Dans ce rôle élargi, les RLISS seraient chargés de comprendre les besoins uniques des populations Autochtones, des Franco-Ontariens, des nouveaux arrivants et des personnes souffrant de problèmes de santé mentale et de dépendance au sein de leurs régions et devront fournir des services accessibles et adaptés aux cultures¹⁷.
(Nous soulignons)

Il est important, voire primordial, que les RLISS adaptent leurs services de santé aux besoins de la communauté francophone, certes. Mais ils doivent travailler de concert avec les Entités pour planifier les services de santé en français puisque ce sont elles qui comprennent les besoins de la communauté francophone.

Bref, le système de santé doit fonctionner d'une manière qui place les besoins de santé des patients francophones au premier plan. La *Loi de 2006* et ses règlements doivent comprendre des mécanismes pour assurer l'imputabilité de tous les acteurs : le Ministère, les RLISS, les Entités et les fournisseurs de services. Sans cela, c'est le patient francophone qui se retrouve au dépourvu dans des moments de vulnérabilité.

Le projet de loi 41 prône l'imputabilité du système de santé : le Ministère a décidé d'ajouter plusieurs mesures de vérifications, d'enquêtes et de contrôle pour garantir un système ouvert et transparent. Nous sommes d'avis que la qualité et la disponibilité de l'offre de services de santé en français doivent faire partie de ces nouvelles mesures.

3.2 Modifications proposées au projet de loi afin d'assurer un rôle plus important aux entités de planification

Le Commissariat propose trois ajouts concrets au projet de loi 41 afin de clarifier la relation entre les entités et les RLISS.

Le premier changement vise à formaliser le rôle des Entités en matière de planification des services de santé en français. Le Commissariat recommande donc que l'article 15 soit modifié en ajoutant une obligation de collaboration :

L'article 15 de la Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local est modifié par adjonction du paragraphe suivant :

(4) Lorsqu'il élabore un plan de services de santé intégrés pour le système de santé local comme le prévoit le paragraphe (1), le réseau local d'intégration des services de santé consulte :

et les francophones dans les provinces. [...] [Les] rapports de domination historiques des anglophones sur les francophones devraient laisser place, aujourd'hui, à des rapports plus égalitaires. »

¹⁷ Document de discussion : *Priorité aux patients – Une proposition pour renforcer les soins de santé axés sur les patients en Ontario* à la p 12.

- a) d'une part, l'entité de planification des services de santé aux Autochtones et aux Premières Nations de la zone géographique du réseau qui est prescrite ;
- b) d'autre part, l'entité de planification des services de santé en français de la zone géographique du réseau qui est prescrite.

L'alinéa 15 (4) proposé ci-dessus est identique à l'alinéa 16 (4) de la *Loi de 2006* – sous réserve de modifications de formes mineures.

Le deuxième changement vise à modifier une disposition existante de manière à remplacer l'expression « engage » par « consulte », qui correspond mieux à la relation que doivent avoir les RLISS avec les entités :

Le paragraphe 16(4) de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* est modifié par remplacement de « engage » par « consulte ».

L'imposition d'une obligation de consulter dans le contexte de la planification des services de santé n'est par ailleurs pas sans précédent. En effet, le paragraphe 14(4) de la Loi prévoit déjà que le ministre doit consulter les conseils créés au paragraphe 14(2) « [l]orsqu'il élabore un ensemble de priorités et une orientation stratégique pour le système de santé et les systèmes de santé locaux dans le cadre du plan stratégique provincial ».

La troisième modification proposée vise à dresser une liste non exhaustive d'items au sujet desquels les entités doivent être consultées par les RLISS :

L'article 16 de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* est modifié par adjonction des paragraphes suivants :

(4.2) Lors des consultations visées au paragraphe (4), l'entité de planification peut formuler des recommandations portant sur les sujets suivants :

- a) les façons d'engager la collectivité francophone de la zone géographique que sert le réseau ;
- b) les besoins et priorités de la collectivité francophone de la zone géographique que sert le réseau en matière de santé, notamment ceux des divers groupes qui la composent ;
- c) les services de santé dont dispose la collectivité francophone de la zone géographique que sert le réseau ;
- d) l'identification et la désignation de fournisseurs de services de santé en vue de la prestation de services de santé en français dans la zone géographique que sert le réseau ;
- e) les stratégies visant à améliorer l'accès aux services de santé en français, leur accessibilité et leur intégration au sein du système de santé local ; et
- f) la planification et l'intégration des services de santé dans la zone géographique que sert le réseau.

(4.3) Le réseau local d'intégration des services de santé publie annuellement les recommandations émises par l'entité de planification en vertu du paragraphe (4.2) et comment elles ont été intégrées à son plan de services de santé intégré.

Les six critères identifiés ci-dessous sont identiques – sous réserve de modifications de formes mineures – à ceux qui figurent présentement au Règlement 595/09 et qui sont reproduits ci-dessus. L'effet principal de cette disposition serait donc d'enchâsser le type d'interaction entre

les RLISS et les Entités qui est déjà prévu par voie réglementaire tout en précisant qu'il s'agit bel et bien d'une obligation de « consulter », par opposition à un simple devoir d'« engager » les Entités (terme qui ne fait par ailleurs l'objet d'aucune définition législative ou réglementaire). Enfin, afin de s'assurer que les RLISS tiennent réellement compte des recommandations, le nouveau paragraphe 16(4.3) imposerait une obligation de transparence aux RLISS.

4. Conclusion

Pour conclure, le Commissariat souhaite réitérer l'importance d'améliorer le système de santé actuel au bénéfice des patients francophones.

Il est insensé que les RLISS ne prennent pas de mesures suffisantes afin de s'assurer que les services de santé offerts par des fournisseurs de services de santé pour le compte de ces derniers ne respectent pas les exigences de la *LSF*. Pire encore, il est inconcevable pour le citoyen, y compris et surtout le citoyen francophone, que l'application de la *LSF* aux services de santé financés par les RLISS soit remise en question. Non seulement il s'agit d'une position non fondée en droit, mais en plus elle fait en sorte les patients francophones se retrouvent sans services de santé dans leur langue dans des moments critiques.

Depuis plusieurs années maintenant, le commissaire dénonce cette situation au gouvernement et tente en vain d'obtenir des changements concrets. Plutôt que de modifier le cadre législatif de manière à mettre en place des mécanismes concrets et efficaces, les acteurs gouvernementaux ont tenté de trouver des solutions ponctuelles sans changer le cadre législatif.

Le Commissariat est d'avis que les RLISS devraient être plus transparents à l'égard des recommandations des Entités et à leur inclusion dans la planification de services de santé en français ; ceci leur permettra de mieux répondre aux besoins spécifiques de la communauté francophone et par conséquent augmenter la qualité de l'offre de services de santé en français ainsi que la reddition de comptes.

Le projet de loi 41 constitue une occasion en or pour l'Assemblée législative de mettre un terme au débat juridique stérile et enfin mettre en œuvre des solutions durables pour assurer une prestation de services de santé en français adaptés et à la hauteur des attentes des Franco-Ontariens et des Franco-Ontariennes.

Ce mémoire est, dans un premier temps, une tentative de résolution des problèmes soulignés plus haut dans un esprit de collaboration. Nous espérons fortement que le Comité acceptera nos suggestions de modifications à la *Loi de 2006*. Trop souvent nous avons été témoins de l'iniquité des services en français pour les patients francophones ; la résolution de ces problèmes ne peut plus demeurer à la merci d'une interprétation fautive des obligations en droits linguistiques du gouvernement.

Mais ce mémoire fait aussi, dans un deuxième temps, œuvre de signal. Le signal que nous nous engageons à demeurer d'une vigilance extrême nourrie par notre compassion envers les patients et patientes francophones. C'est pourquoi nous nous promettons de revenir sur l'offre de services de santé en français par le gouvernement provincial dans le cadre d'un prochain rapport.

Le ministre a soutenu l'importance du projet de loi 41, notamment en soulignant que souvent les francophones de l'Ontario ne reçoivent pas des services de santé de qualité égale et que ces services ne sont pas toujours taillés selon leurs besoins. L'adoption des modifications proposées dans ce mémoire permettrait de passer des paroles aux gestes concrets.