



Chambre des communes
CANADA

Comité permanent des langues officielles

LANG • NUMÉRO 018 • 1^{re} SESSION • 39^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 26 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 26 octobre 2006

• (0910)

[Français]

Le président (M. Guy Lauzon (Stormont—Dundas—South Glengarry, PCC)): Bonjour, mesdames et messieurs.

Bienvenue au Comité permanent des langues officielles. Ce matin, nous recevons des témoins de Santé Canada: M. Marcel Nouvet, sous-ministre adjoint, et M. Roger Farley, directeur exécutif.

Comme je l'ai expliqué, monsieur Nouvet, après votre présentation de cinq à dix minutes, les membres du comité poseront des questions. Vous pouvez commencer quand vous voulez.

M. Marcel Nouvet (sous-ministre adjoint, Santé Canada): Merci, monsieur le président.

Bonjour aux membres du comité. Je serai aussi bref que possible, parce que je sais que les questions sont ce qui est le plus important pour vous.

J'aimerais quand même profiter de l'occasion pour vous donner un bref survol du travail que fait Santé Canada dans le domaine des langues officielles et pour les communautés qui vivent en situation minoritaire. Vous avez la présentation devant vous, cependant, j'aimerais faire passer certains messages.

À Santé Canada, nous sommes excessivement fiers de notre travail avec les communautés. Nous sommes fiers des résultats que les communautés ont obtenus jusqu'à maintenant grâce au financement qu'on leur a fourni et fiers des résultats qui se dessinent. Nous sommes également très fiers de l'approche de gouvernance que l'on a prise, c'est-à-dire où on laisse les communautés et les organisations qui les représentent gérer les fonds qui leur ont été octroyés.

D'ailleurs, dans ses deux derniers rapports, la commissaire aux langues officielles a bien souligné le travail de Santé Canada en vertu de la partie VII de la Loi sur les langues officielles.

En ce qui concerne la deuxième page de la présentation,

[Traduction]

nous vous parlerons des efforts déployés par Santé Canada en ce qui a trait aux communautés minoritaires de langues officielles; nous ferons état des résultats accomplis et des prochaines étapes.

[Français]

La troisième page traite de la responsabilité de Santé Canada en vertu de la Loi sur les langues officielles: elle a deux volets.

En ce qui concerne le volet interne, il faut s'occuper du bilinguisme institutionnel, s'assurer que les langues dans le milieu de travail sont le français et l'anglais; s'assurer qu'on a un bon pourcentage de représentants de chaque langue dans les groupes. Il s'agit donc de la participation dans le milieu de travail.

Conformément la partie VII de la loi, on doit promouvoir le développement et la vitalité des communautés de langue officielle en

situation minoritaire, et c'est de ce dernier volet que je vous parle aujourd'hui.

Je passe à la page 4. En l'an 2000, Santé Canada a été, je crois, le premier ministère à établir des comités consultatifs avec des représentants des communautés francophone et anglophone. Ces comités conseillent le ministre fédéral de la Santé sur les façons de renforcer la vitalité des communautés linguistiques, et les représentants, dans notre cas, sont choisis en fonction de leur expertise en la matière plutôt qu'en fonction de leur affiliation organisationnelle.

J'en suis aux pages 5 et 6 maintenant. Depuis l'an 2000, que nous ont dit les comités? Ils ont déposé des rapports. Selon ces rapports et selon les études qui ont été faites, c'est clair que ceux qui vivent en situation minoritaire n'ont pas le même accès aux services de soins de santé que ceux qui parlent la langue de la majorité dans la communauté en question. Il y a aussi, bien sûr, une pénurie de professionnels de la santé qui peuvent travailler avec eux dans leur langue.

J'en suis à la page 6. Les deux communautés ont fait des recommandations qui allaient dans le même sens. Elles demandaient un financement axé sur cinq voies principales: des réseaux communautaires; la formation et le perfectionnement des ressources humaines; des modèles de prestation de services, c'est-à-dire des projets-pilotes pour démontrer comment on pourrait améliorer les services; de la recherche; et de la technologie. Ces rapports ont été déposés auprès du ministre de la Santé, en septembre 2001, par les francophones et, en juillet 2002, par les anglophones.

Ce qui en a découlé après des négociations avec les communautés anglophone et francophone, c'est un soutien financier de 129 millions de dollars échelonnés sur cinq ans aux trois secteurs prioritaires. Il y a du soutien fourni pour la création et les frais d'opération de réseaux communautaires. Il y a un soutien fourni pour la formation et la rétention. Nous avons fait une erreur à cette page. Nous y parlons de formation et de maintien de l'acquis linguistique, mais nous devrions vraiment y parler de formation et de rétention de professionnels de la santé. Au Québec, on est davantage axé sur la formation linguistique. Ensuite, il y a aussi de l'argent pour trouver des moyens d'améliorer l'accès aux soins de santé primaires.

Je passe à la page 8. En ce qui concerne la gouvernance, je vous ai dit que nous étions très fiers de ce que nous avons fait. Nous essayons, autant que possible, de laisser la gouvernance et la gestion de ces fonds aux organisations qui ont été créées pour administrer les programmes. Ce sont des organisations qui sont en dehors du gouvernement.

Les communautés minoritaires de langue française dépendent de la Société Santé en français et du Consortium national de formation en santé. Je pense que vous avez entendu des témoignages d'Hubert Gauthier, pour la Société Santé en français, et d'Andrée Lortie, pour le Consortium national de formation en santé.

Les communautés minoritaires de langue anglaise se sont organisées par l'intermédiaire du

[Traduction]

Le Réseau communautaire de santé et de services sociaux du Québec et l'Université McGill.

[Français]

Nous sommes fiers des résultats obtenus à ce jour. Dix-sept réseaux ont été créés hors du Québec pour représenter les communautés minoritaires de langue française. Du côté anglophone, un réseau de santé provincial, c'est-à-dire à l'échelle du Québec, ainsi que neuf réseaux régionaux et locaux dans l'ensemble de la province ont été créés. Ces réseaux permettent de créer des liens étroits entre les organisations régionales, les fournisseurs de services et les compétences provinciales et territoriales. Il est très important que les provinces et les territoires participent, parce que la santé relève de leur compétence et qu'il faut qu'ils appuient les efforts qui sont déployés. Des partenariats sont en voie d'être officialisés, avec l'intention d'assurer leur durabilité à long terme.

Résultats à ce jour.

En ce qui concerne les initiatives de formation et de maintien de l'acquis pour les communautés minoritaires de langue française, comme vous le savez, 10 universités et collègues participent au recrutement et font la promotion des programmes de soins de santé des francophones. En fait, ils dépassent les attentes de 33 p. 100, en ce qui a trait aux inscriptions, et de 32 p. 100, au chapitre des diplômés. Ils livrent donc beaucoup plus que ce qu'on avait escompté. De nouveaux cours ont été élaborés et offerts, des cours en ligne à distance en français, des cours d'éducation permanente pour recycler les compétences des professionnels de la santé déjà en poste et de nouveaux programmes de formation postsecondaire en français.

Les taux d'inscription aux cours en santé offerts en français ont triplé. L'incidence à long terme d'un nombre accru d'étudiants dans le système ne sera constaté qu'une fois que les diplômés auront commencé à travailler. Le but de tout cela est d'avoir beaucoup plus de diplômés qui pourront, par la suite, améliorer l'accès pour les gens qui vivent en situation minoritaire. Un accent est mis sur le développement de la capacité et de la recherche.

Les anglophones.

L'Université McGill est l'organisation directrice qui travaille avec les 76 organismes de santé au Québec. Les anglophones sont en train d'élaborer des initiatives pour recruter et retenir le personnel de santé anglophone au Québec. Un gros effort est fait au chapitre de l'apprentissage de la langue seconde pour les professionnels. Les anglophones apprennent à maîtriser un peu plus les français, et les francophones apprennent à maîtriser un peu plus l'anglais afin de pouvoir traiter les patients anglophones.

En ce qui concerne les soins primaires, 70 projets ont été financés par les communautés francophones à ce jour. Il y a des exemples à la page 12. Au Québec, 37 projets anglophones ont été financés, dont vous avez des exemples à la page 12 de notre présentation. Tous les projets sont conçus de façon à améliorer l'accès, la responsabilisation et l'intégration des services avec ceux des provinces et territoires.

Nos perspectives.

Une évaluation formelle de ces investissements sera faite au début de l'année prochaine. À partir de cette évaluation, nous pourrions fournir aux gouvernements les conseils qu'ils voudront bien nous demander.

Je suis maintenant ouvert à vos questions.

● (0915)

Le président: Merci beaucoup, monsieur Nouvet. J'apprécie votre brièveté. Le temps est très important pour nous.

Monsieur Bélanger.

L'hon. Mauril Bélanger (Ottawa—Vanier, Lib.): Merci, monsieur le président.

Monsieur Nouvet, permettez-moi de vous féliciter, de même que Santé Canada, pour le travail exemplaire qui a été fait au cours des dernières années. Je pense, lorsque vous dites que vous êtes fier, que vous avez raison de l'être. J'ai suivi ces dossiers de très près. De tous les ministères touchés par les éléments compris dans le plan d'action, c'est probablement Santé Canada qui progresse le mieux.

Comme vous l'avez dit, vous étiez le premier ministre à créer une....

M. Marcel Nouvet: Non, je ne crois pas

L'hon. Mauril Bélanger: Je pense que vous devriez peut-être vérifier auprès des gens du ministère des Ressources humaines. Je crois qu'ils avaient créé un comité consultatif mixte avant Santé Canada. Je vous dis cela seulement pour que le témoignage soit exact.

Monsieur Nouvet, j'aimerais vous poser une question sur le financement. Je pense que vous me voyez venir. Si je ne m'abuse, dans les trois volets de financement, l'un venait à échéance avant les autres.

Ai-je raison? Pouvez-vous identifier lequel?

● (0920)

M. Marcel Nouvet: C'est le volet des soins primaires.

L'hon. Mauril Bélanger: Est-ce parce que son financement relevait d'une autre enveloppe?

M. Marcel Nouvet: Il dépendait d'un autre programme, qui se terminait à la fin de l'année fiscale dernière.

L'hon. Mauril Bélanger: C'est cela. Si je ne m'abuse, un prolongement d'un an, avec 10 millions de dollars, a été annoncé l'automne dernier. Est-ce exact? La communauté, incluant Société Santé en français, espérait un autre renouvellement pour l'année fiscale 2007-2008. Ai-je raison?

M. Marcel Nouvet: Oui.

L'hon. Mauril Bélanger: Pouvez-vous nous dire où en est le financement qui manque pour cette année?

M. Marcel Nouvet: Parlez-vous de l'année prochaine?

L'hon. Mauril Bélanger: Oui, je parle de l'année prochaine. Je crois que pour cette année, les sommes ont finalement été distribuées et que les projets ont été autorisés il y a une semaine ou deux. C'est très récent, je crois.

Pourriez-vous nous dire où en est le financement qui manque, parce qu'il faut faire une sorte de pont pendant une autre année. Où en sont les 10 millions de dollars prévus pour les soins primaires pour l'année fiscale 2007-2008, avant le renouvellement du plan d'action?

M. Marcel Nouvet: D'abord, je veux dire que notre priorité, en ce moment, est de nous assurer que les fonds que nous venons d'octroyer pour cette année fiscale sont distribués aussi rapidement que possible, et nous sommes en voie de le faire. Nous n'avons pas fait ce travail pour l'année prochaine. Je pense que les représentants des communautés cherchent à obtenir des entrevues avec le ministre, ainsi qu'avec les hauts fonctionnaires.

Pour le moment, il n'y a pas de plan pour renouveler les fonds pour l'année prochaine. J'ajouterai que l'année dernière, lorsque nous avons décidé d'octroyer des fonds pour cette année, nous avons annoncé la décision en novembre. N'est-ce pas?

● (0925)

L'hon. Mauril Bélanger: C'était à peu près à ce moment-ci, oui.

Si je comprends les règles internes administratives et financières, c'était considéré comme un programme crépusculaire, et le renouvellement des programmes crépusculaires ne peut se faire qu'une année à la fois. C'est bien cela? L'intention du gouvernement, à l'époque — et je peux parler en connaissance de cause car j'en étais —, était donc de renouveler à deux reprises cette enveloppe de 10 millions de dollars: une fois, comme cela a été fait pour l'année fiscale en cours, et une autre fois pour l'année 2007-2008. À ce moment-là, nous espérions inclure cette somme lors du renouvellement pour cinq ans du Plan d'action pour les langues officielles, renouvellement prévu en 2008, de façon à ce qu'il n'y ait plus de bris de financement et que les communautés puissent faire leur planification.

Monsieur le président, je me sens un peu mal à l'aise parce que je suis ici pour remplacer M. D'Amours. Mais je suis certain que si je lui parlais, ainsi qu'à d'autres membres du comité, le comité adopterait peut-être une motion encourageant le gouvernement à renouveler cette enveloppe de 10 millions de dollars pour l'année fiscale 2007-2008.

Je donne avis, monsieur le président, qu'il y aura peut-être une motion à cet effet, afin que les communautés puissent planifier convenablement leurs activités.

Monsieur Nouvet, pourriez-vous nous dire comment le ministère entend procéder pour ce renouvellement? Est-ce une initiative du ministère? Cela doit-il venir d'ailleurs?

M. Marcel Nouvet: Nous n'avons pas de plan en ce moment pour renouveler le financement l'année prochaine. Notre rôle est de conseiller le ministre au moment voulu et de mettre ensuite en oeuvre les décisions qui seront prises.

L'hon. Mauril Bélanger: Monsieur Nouvet, je suis un peu perplexe parce que vous dites que le ministère n'a pas de plan, alors qu'il en avait un. L'an dernier, le plan était de chercher un renouvellement à deux reprises. Cela a-t-il changé?

M. Marcel Nouvet: Pour parler franchement, l'an dernier, j'ai entendu dire qu'un renouvellement était prévu pour l'année suivante.

Ce que j'ai compris, en sous-entendu, c'est que l'année prochaine, nous reverrions le financement pour la cinquième et dernière année. L'année dernière, notre ministère s'est concentré sur l'octroi de 10 millions de dollars supplémentaires pour la quatrième année du programme, c'est-à-dire l'année en cours.

L'hon. Mauril Bélanger: Il faudrait retourner à l'interne, mais je ne sais pas si ces documents sont toujours disponibles. Votre intention était, à ce moment-là, puisque la règle est à l'effet que les programmes crépusculaires ne peuvent être renouvelés qu'une année à la fois, de revenir à deux reprises pour son renouvellement et d'inclure cela ensuite dans le plan d'action. Alors, je vais maintenant parler du renouvellement du plan d'action après l'année 2007-2008.

Est-ce l'intention du ministère d'inclure, dans ce nouveau, le financement pour ce troisième volet, c'est-à-dire les soins de santé primaires?

M. Marcel Nouvet: Pour le renouvellement à partir du 1^{er} avril 2008, tous les jeux sont ouverts, parce qu'on va faire une évaluation. Dans ce cadre, à la suite de l'évaluation qu'on fera, étant donné les résultats concrets qui seront obtenus, je pense qu'il y aura des options pour continuer le programme et pour le bonifier, et d'autres options que le gouvernement pourra considérer.

L'hon. Mauril Bélanger: Merci, monsieur le président.

Le président: Merci beaucoup, monsieur Bélanger.

Madame Barbot.

Mme Vivian Barbot (Papineau, BQ): Merci d'être présent ce matin.

D'abord, j'ai un commentaire à formuler. Quand vous relevez ce qui se passe au sein de la communauté anglophone en milieu dit minoritaire au Québec, on remarque une disparité très grande entre la situation de ces derniers et la situation des francophones hors Québec. Ce fait n'est relevé nulle part dans le rapport. Je pense que cela donnerait quand même un élément de comparaison intéressant, car cela se retrouve à la fois dans les réseaux et dans les projets qui sont mis de l'avant. Il aurait donc été intéressant de savoir, à population égale, ce que cela représente. Je sais bien qu'il y a des disparités régionales dans les régions éloignées, mais c'est quand même un élément qui, à mon avis, ne donne pas un aperçu réel de ce qu'est la situation des anglophones versus la situation des francophones. Cela pourrait nous intéresser, dans d'autres instances, et nous aider à prendre des décisions.

Plus précisément, à la page 5 de votre rapport, on parle de ce que les communautés ont dit. Vous mentionnez que le rapport sur les communautés minoritaires de langue française a démontré, au premier point, ce qui suit:

Il existe d'importantes différences régionales, mais les populations minoritaires de langue française sont en règle générale plus pauvres que la majorité anglophone.

En ce qui concerne les communautés minoritaires de langue anglaise, vous dites:

Il existe d'importantes différences au plan de l'accès pour les anglophones dans diverses régions du Québec: des interventions pertinentes locales sont requises.

Autrement dit, vous ne donnez pas la même information pour les deux communautés.

J'aimerais donc savoir ce qu'il en est en termes d'équivalence. Que peut-on dire, objectivement, de la minorité anglophone, en ce qui concerne l'accès?

Par ailleurs, au dernier point, vous dites que:

Les médecins non affiliés sont perçus comme la source d'information en langue anglaise la plus fiable; les CLSC et Info-Santé sont perçus comme des sources moins fiables.

Pouvez-vous me dire pourquoi il y a cette différence? À ce que je sache, les médecins non affiliés sont assez peu nombreux au Québec.

M. Marcel Nouvet: J'essaierai de répondre à votre question, madame. Le phénomène que vivent les anglophones au Québec est différent de celui que vivent les Acadiens et les francophones hors Québec. Les anglophones, quand ils sont dans un grand centre urbain, par exemple Montréal, arrivent à obtenir assez facilement des services dans leur langue. Quand ils vivent dans des régions éloignées, la situation est très semblable à celle des francophones. Par rapport à la population environnante, quand on parle par exemple de la Gaspésie et de la Côte-Nord, ils sont moins éduqués que la moyenne. Cela reflète aussi un peu la situation des francophones qui vivent en situation minoritaire. Donc, la situation est pareille, sauf dans les grands centres urbains comme Montréal, par exemple, où ils peuvent obtenir des services en anglais.

Il y a un million de francophones au Québec et il y a un million de gens qui ont le français pour langue première en dehors du Québec. Le financement est quand même plus important pour les francophones, parce que leur situation est quand même, au bout du compte, plus difficile que celle des anglophones, parce que ce ne sont pas tous les anglophones qui vivent dans des régions éloignées.

Il y a eu un sondage CROP récemment — en 2005, je pense — qui avait été organisé par les groupes anglophones et qui démontre qu'il y a seulement 48 p. 100 des anglophones au Québec qui peuvent obtenir les services dont ils ont besoin, les soins primaires, dans leur langue maternelle. Donc, il y a toujours un grand manque au Québec, malgré ce qu'on pourrait penser.

• (0930)

Mme Vivian Barbot: Ce manque est-il mis en relation avec le fait que des francophones hors Montréal, à l'extérieur des grands centres, ont aussi de la difficulté à obtenir certains services? C'est-à-dire qu'il y a une pénurie de services, et les anglophones, j'imagine, ont encore plus de difficulté que les autres à obtenir ces services.

M. Marcel Nouvet: On parle de la difficulté pour eux d'obtenir des services dans leur langue. L'aspect de la langue est important. Je pense qu'ils peuvent obtenir autant de services que les francophones, mais pas dans leur langue maternelle, et lorsqu'on va voir un médecin, une infirmière ou un infirmier, il y a une relation de confiance qui, je pense, s'établit mieux si on peut parler dans sa langue.

Mme Vivian Barbot: Oui.

Et qu'en est-il du jugement sur les CLSC et Info-Santé, qui seraient des sources moins fiables?

M. Roger Farley (directeur exécutif, Bureau d'appui aux communautés de langue officielle, Direction des affaires intergouvernementales, Santé Canada): En fait, le constat dont il est fait mention à cette page vient de la communauté elle-même. Donc, ce sont des sondages qui ont faits auprès de ses membres en 2001. C'est à partir de ce constat que les programmes ont été mis sur pied et qu'on a accordé du financement pour ce faire. Je pense qu'il faut vraiment se référer au rapport de 2001 produit par la communauté elle-même pour savoir d'où vient l'information.

En ce qui a trait à l'accès aux soins de santé pour la population anglophone, je peux vous donner un exemple récent. Dans la région de l'Outaouais, le Collège Heritage forme des infirmières qui peuvent pratiquer leur métier en anglais. Or, à peu près 80 p. 100 de ces infirmières quittent la région de l'Outaouais pour aller pratiquer leur métier en Ontario ou ailleurs au Canada. Une des raisons pour lesquelles elles quittent est qu'elles ne se sentent pas suffisamment

équipées pour offrir des services dans les deux langues officielles. Donc, dans le cadre du programme qu'on a mis en place avec l'Université McGill, ces étudiantes vont recevoir une formation en langue seconde adaptée au milieu de la santé en français. Elles seront donc être mieux en mesure de desservir la population anglophone. C'est une mesure de rétention.

Dans le cas de l'Université McGill, il y a également des projets de formation linguistique à l'intention des professionnels francophones, afin de les amener à un certain niveau en anglais dans des domaines bien pointus du vocabulaire médical. Par exemple, ils pourront, lorsque quelqu'un souffre et a des douleurs, savoir quel est le vocabulaire approprié pour interpréter correctement ses réactions. C'est le financement qu'on octroie pour la population anglophone.

Le président: Merci, monsieur Farley et madame Barbot, la prochaine question sera posée par M. Godin.

M. Yvon Godin (Acadie—Bathurst, NPD): Merci, monsieur le président.

J'aimerais vous souhaiter le bonjour.

J'ai de la difficulté à comprendre quelque chose. Aux pages 11 et 12 de la version française, il est question des résultats à ce jour. Quelqu'un pourrait-il nous expliquer davantage quels sont les organismes? Je peux lire, sous « Initiatives de formation et de maintien de l'acquis pour les communautés minoritaires de langue anglaise », que l'Université McGill est l'organisation directrice et travaille avec 76 organismes de santé et de services sociaux régionaux partout au Québec. Et pour tout le Canada, il n'y a que 70 projets francophones, d'après ce que je comprends.

En effet, sous « Initiatives de soins de santé primaires, de 2003-2004 à 2005-2006 », il est écrit qu'au Canada, il y a 70 projets francophones qui ont un financement, dont le projet national de promotion: offre active de services de santé en français; au Nouveau-Brunswick, il y a le projet de télésanté en oncologie; dans l'est de l'Ontario, il y a le projet francophone sur les risques cardiovasculaires. De plus, au Québec, il y a 37 projets anglophones.

Il y a donc 70 projets francophones au Canada, et 37 projets anglophones dans une seule province, le Québec. Je sais que le Québec possède un grand territoire, peut-être plus grand que celui de la France, mais quand on examine tout cela, peut-on conclure qu'il y a un déséquilibre quelque part? Je ne dis pas qu'il y a trop de projets au Québec, mais y en a-t-il assez au Canada?

Je ne peux pas parler de chiffres, parce que je risque de faire des erreurs, mais je peux soutenir grosso modo qu'au Québec, la liste d'attente est plus longue qu'ailleurs au Canada. Par exemple, au Nouveau-Brunswick, selon les informations d'hier soir, il était question de 31 semaines d'attente.

Ces 31 semaines d'attente s'appliquent-elles aux francophones, dans les régions à majorité francophone? C'est seulement là, au Nouveau-Brunswick, que les hôpitaux ont subi des compressions budgétaires. Et en même temps qu'on faisait ces compressions et qu'on fermait les hôpitaux francophones, on bâtissait des hôpitaux anglophones dans le sud de la province.

Selon les statistiques du Nouveau-Brunswick, sont-ce les francophones qui ont été touchés? J'aimerais entendre votre réponse?

• (0935)

M. Marcel Nouvet: Les hôpitaux, leur construction, leur ouverture, leur fermeture ne relèvent pas du gouvernement fédéral; cela relève de la province.

Par conséquent, l'initiative qu'on a mise en place ne tient pas compte de cette question. Elle vise d'abord à créer des réseaux qui permettent d'amener à la table des représentants provinciaux, des représentants des professionnels de la santé, des institutions et des communautés qui peuvent ensemble décider comment ils peuvent le mieux améliorer les services de santé qui sont offerts aux gens.

Dans ces réseaux, on ne parle pas d'ouvertures d'hôpitaux.

M. Yvon Godin: Je comprends bien. Cela fait un bon bout de temps que je suis ici, et je sais que le système de santé est de compétence provinciale.

Cependant, on parle maintenant du fédéral qui finance 76 organismes de santé pour les communautés minoritaires de langue anglaise du Québec, alors que pour tout le Canada, il n'y a que 70 projets francophones financés hors Québec, par opposition à 37 projets anglophones financés seulement au Québec.

Même si vous payez pour que des organismes se retrouvent à la même table, cela fonctionne-t-il en dehors du Québec? Y en a-t-il assez? Quel est le problème?

M. Marcel Nouvet: Nous avons fourni l'argent aux organisations qui représentent les communautés. Ce sont elles qui font le tri et qui décident quels projets parrainer ou non. Ce n'est pas nous qui décidons quels projets parrainer, ce sont les communautés qui s'organisent.

Au Québec, par exemple, quand on considère ce qui se fait en formation, c'est beaucoup moins coûteux par personne que ce qui est fait par les francophones grâce au consortium. C'est parce qu'au consortium, il est question de former des gens, de prendre des étudiants et de leur donner deux ou trois années de cours. Or, dans certains cas, pour les médecins, c'est beaucoup plus que cela. La formation est donc beaucoup plus coûteuse qu'au Québec, où l'accent est mis sur la formation linguistique, qui coûte beaucoup moins cher et qui peut se donner beaucoup plus rapidement.

M. Yvon Godin: Mais sur le plan de la formation, un francophone ne se trouve-t-il pas désavantagé, lorsqu'il poursuit des études et que les manuels sont presque exclusivement en anglais?

Alors, en tant que gouvernement, que faites-vous pour encourager la traduction de certains manuels? Je connais des personnes, même à Montréal, qui sont allées suivre des cours et qui était obligées de se rendre à l'Université McGill pour consulter des manuels anglophones parce qu'il n'y avait absolument rien en français?

M. Marcel Nouvet: Oui, mais les cours ne sont pas dispensés à l'Université McGill.

M. Yvon Godin: Non, je ne parle pas de McGill. Je parle seulement des livres traitant de la santé qui se trouvent dans la bibliothèque de l'université.

M. Marcel Nouvet: Mais les cours qui se donnent dans les 10 universités et collèges participants sont des cours en français. Je ne sais pas, par contre, si leurs livres sont en anglais ou en français, mais à mon avis, ils sont en français.

M. Yvon Godin: Je reviens de nouveau sur un sujet. Pourquoi, dans tout le Canada, n'y a-t-il que 70 projets francophones alors que dans une seule province, le Québec, il y a 37 projets anglophones?

M. Marcel Nouvet: Je pense qu'il faudrait demander à la Société Santé en français, qui a choisi les projets. Comment les choix ont-ils

été faits? Il faudrait aussi comparer la valeur des projets anglophones par rapport aux projets francophones, parce qu'il y a des projets qui, à mon avis, sont beaucoup plus importants que d'autres.

• (0940)

M. Yvon Godin: Est-il possible d'attribuer cette situation à un manque d'investissement du fédéral dans certaines régions? En d'autres mots, un manque de financement pourrait-il expliquer cette disparité?

M. Marcel Nouvet: Non, parce que les francophones reçoivent quand même deux fois plus, en moyenne, que les anglophones pour financer leurs activités, leurs initiatives.

M. Yvon Godin: Oui, mais il est question de dix provinces comparativement à une seule.

M. Marcel Nouvet: On parle d'un million d'anglophones qui vivent en situation minoritaire au Québec et d'un million de francophones qui vivent en situation minoritaire à l'extérieur du Québec. Le fait est qu'on a quand même décidé d'accorder deux tiers des sommes aux francophones et un tiers aux anglophones. Donc, on a reconnu que les problèmes étaient différents et peut-être plus aigus chez les francophones.

Le président: Merci, monsieur Nouvet, c'est très intéressant.

Il revient à M. Pierre Lemieux de poser la prochaine question.

M. Pierre Lemieux (Glengarry—Prescott—Russell, PCC): Bonjour et merci de votre présence ici ce matin et de votre présentation.

J'aimerais mentionner, en débutant, que l'accès aux soins de santé est une des priorités de notre gouvernement. C'est un enjeu vraiment important pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire. La vitalité des communautés en situation minoritaire repose sur l'accès aux soins de santé dans leur propre langue, comme vous le savez. C'est un élément clé.

Dans votre présentation, vous avez dit que certains fonds sont alloués pour les soins de santé primaires, alors que d'autres vont à des initiatives de réseautage. Nous avons déjà parlé un peu du réseautage. Je remarque qu'il y a 17 réseaux de santé francophones hors Québec, un réseau provincial anglophone de santé au Québec et neuf autres régionaux et locaux dans l'ensemble de la province.

Pouvez-vous nous dire plus précisément en quoi consiste le réseautage? Quels sont les objectifs, les stratégies? Et quels sont les résultats escomptés?

M. Marcel Nouvet: Pour moi, le réseautage est la pierre angulaire de cette stratégie. Il permet aux communautés d'amener à la table non seulement les professionnels de la santé de leur milieu, mais aussi ceux de la province ou du territoire. Le dialogue fait en sorte que les gens arrivent assez rapidement à établir un climat de confiance qui n'existerait pas autrement. Ils cernent alors les priorités. Le gouvernement fédéral n'est pas le seul à investir dans la prestation de services en français. Les provinces et les territoires le font aussi et leurs investissements sont substantiels.

On a créé un lieu de discussion où les gens peuvent se rencontrer, se parler et briser toutes les barrières de perception. Il aurait été très difficile pour le fédéral, compte tenu de son bagage en matière de relations fédérales-provinciales-territoriales, de s'asseoir à une table avec des fonctionnaires provinciaux et territoriaux, de leur dire qu'un peu d'argent était disponible et qu'il faudrait décider ensemble de la façon de le dépenser. Il est préférable que les provinces interagissent directement avec les communautés, sans l'interférence du fédéral. Le rôle du fédéral a été de faire ce petit investissement, qui a donné une foule de bons résultats.

Une étude réalisée par le comité consultatif francophone sera publiée prochainement. Elle démontre qu'en Nouvelle-Écosse, au Nouveau-Brunswick, à l'Île-du-Prince-Édouard, en Ontario, au Manitoba, en Colombie-Britannique et au Yukon, les relations entre la province ou le territoire et les communautés sont maintenant bonnes ou très bonnes.

Quand les gens s'écoulent et se comprennent, ils arrivent toujours à trouver des solutions. Le fédéral investit aussi dans la formation. Ici, on peut donner l'exemple de la formation offerte en français aux gens du Nouveau-Brunswick. Grâce à cette initiative, la province et l'Université de Moncton ont décidé de construire, avec leurs propres fonds, un centre servant à dispenser cette formation. Le coût atteint presque 3 millions de dollars. Ce dialogue qu'entretiennent maintenant les communautés et les provinces donne lieu à des partenariats. Des fonctionnaires n'auraient pas pu réussir une telle chose.

M. Pierre Lemieux: Pour ma part, j'aime beaucoup le fait qu'on travaille ensemble. On s'intéresse à la santé, de même que les provinces, mais on a besoin des communautés pour que les services soient dispensés.

Selon vous, est-ce qu'il est possible de mesurer ou d'apprécier la valeur des réseautages? Quel genre de rétroaction recevez-vous des communautés?

• (0945)

M. Marcel Nouvet: Au départ, cette initiative de réseautage suscitait beaucoup de méfiance de la part des provinces et territoires. Bien sûr, la crainte des provinces, c'est de voir le fédéral semer un peu d'argent pour ensuite se retirer et oublier la chose complètement. Dans de tels cas, les provinces se retrouvent aux prises avec des attentes élevées de la part des communautés.

La liste que j'ai devant moi indique qu'au moins la moitié des provinces et des territoires voient cette initiative d'un bon oeil. Au Manitoba, par exemple, le cabinet a adopté un règlement voulant qu'on consulte le réseau local, qui représente la communauté, avant de faire quoi que ce soit en matière de soins de santé auprès des francophones.

Selon moi, les réseaux vibrent. Ils ont permis un rapprochement entre les communautés et les provinces. J'ai assisté à une conférence fédérale-provinciale il y a deux ans. Les ministres des provinces et territoires ont fait des commentaires très positifs au ministre de la Santé quant au travail qui se faisait grâce à ces investissements. Il est clair que tout ce qui est réalisé se fait avec l'appui des provinces. Les provinces ont maintenant confiance de pouvoir améliorer davantage les services grâce au réseau. L'évaluation qu'on fera l'an prochain en donnera davantage la preuve.

M. Pierre Lemieux: Merci.

Le président: Merci, monsieur Lemieux.

On va maintenant demander à M. Simard de poser la prochaine question.

L'hon. Raymond Simard (Saint-Boniface, Lib.): Merci, monsieur le président.

Messieurs, bienvenue au comité. Je m'excuse d'avoir manqué votre présentation.

Nous avons accueilli au comité récemment des représentants de Société Santé en français. Ils nous ont parlé du nouveau modèle qu'ils avaient créé avec Santé Canada.

J'ai trois questions à vous poser.

Il n'est pas facile de créer une nouvelle relation avec un groupe non gouvernemental. Pourriez-vous commencer par nous parler des défis d'une telle relation? S'il s'avère que cette formule fonctionne bien, pourrait-on l'appliquer à d'autres ministères?

Tous les gouvernements, y inclus le gouvernement libéral dans le passé, demandent des résultats. Ils sont prêts à investir, pourvu qu'il y ait des résultats concrets. Vous avez évalué à mi-parcours toute la question de Société Santé en français et du Consortium national de formation en santé. Compte tenu de cette évaluation et de l'évolution qui a eu lieu depuis ce temps, pensez-vous que cela fonctionne bien? Seriez-vous prêts à faire une recommandation en vue de renouveler et de bonifier ce programme?

Monsieur Nouvet, vous avez sans doute vu plusieurs projets, au cours de vos 20 ou 30 dernières années de service à Santé Canada. Nous entendons des choses tout à fait extraordinaires sur ces projets. Je sais que cela fonctionne bien au Manitoba. Quand les gens viennent nous voir, leurs témoignages sont très positifs.

D'après vous, est-ce un programme qui vaut la peine d'être renouvelé?

M. Marcel Nouvet: Je vais commencer par la fin, parce que c'est la question la plus difficile.

Je vous ai dit que nous étions très fiers, à Santé Canada, de ce que nous avons accompli au cours des quatre ou cinq dernières années. Je ne peux pas vous dire le genre de recommandations que nous allons faire. Nous allons offrir des options lorsqu'on nous demandera de le faire. Ce sera au gouvernement de décider. Il est difficile pour nous de vous dire ce que nous allons recommander à un ministre.

Les communautés voulaient savoir, avant le début du plan quinquennal, ce que les fonctionnaires recommanderaient au ministre. Nous leur avons répondu que nous ne pouvions vraiment pas leur en parler, que nous avions entendu leur demande de quelque 500 millions de dollars sur une période de cinq ans, mais que nous ne pouvions pas leur dire ce qui en résulterait. En fait, on a abouti à des sommes importantes, mais elles étaient en deçà de ce qu'espéraient les communautés.

En ce qui me concerne, la création du nouveau modèle de gouvernance a été ardue. J'ai fait beaucoup de choses durant ma carrière au gouvernement fédéral, et c'est l'une des trois, quatre ou cinq initiatives les plus difficiles que j'aie connues. La fonction publique a une culture axée sur la prudence et, finalement, sur le statu quo. On n'aime pas changer les choses. Le fait de dire qu'on va brasser la cage, que nous n'allons plus gérer les projets, mais qu'ils seront plutôt remis aux communautés afin qu'elles se prennent en main et fassent leurs propres choix met les gens mal à l'aise. Certains craignent peut-être qu'en perdant ce contrôle, ils ne sauront plus quoi faire ni si l'argent est bien investi. On a vécu un changement de culture parce qu'il fallait établir un climat de confiance.

En général, le public n'apprécie guère les fonctionnaires. Je suis sûr que les représentants des communautés appuient les gens qui aident les décideurs à prendre des décisions, mais en bout de ligne, on a un certain préjugé contre les fonctionnaires. Quand ils sont pris dans l'engrenage bureaucratique, qui existe pour de bonnes raisons car on dépense tout de même des deniers publics, il y a des blocages dans la machine dus à la culture et aux contrôles qu'on doit exercer pour s'assurer que les fonds sont dépensés à bon escient. Cela renforce les préjugés que ces gens peuvent avoir à l'endroit de la bureaucratie.

Après deux ans, après beaucoup de bousculades et de réunions vigoureuses avec les communautés francophones, celles-ci savent qu'on est de bonne foi, qu'on essaie de faire tomber les barrières, mais qu'on doit exercer certains contrôles. On a trouvé le juste équilibre, et les communautés nous font confiance. C'est ma perception de la situation. Il faudrait demander à M. Hubert Gauthier et à Mme Andrée Lortie ce qu'ils en pensent. Je crois qu'il y a un bon terrain d'entente.

Je ne sais pas si je touche à votre deuxième question. Ce que les communautés ont fait m'impressionne. On pourrait dire que c'est Santé Canada qui l'a fait, mais ce n'est pas vrai. Le gouvernement fédéral a fourni de l'argent, et les communautés ont décidé de la façon de l'utiliser. Des choses incroyables sont faites. D'abord, cinq ou six provinces écoutent maintenant les communautés et s'entendent très bien avec elles.

Il y a des exemples. Notre-Dame-de-Lourdes est un centre de santé qui sera bâti très prochainement. L'investissement fédéral est de 30 000 \$. La valeur totale du projet qui sera mis en place est de 3 millions de dollars. Avec une petite semence de 30 000 \$, les communautés ont réussi à aller chercher des fonds auprès des provinces et de leurs propres communautés pour construire un centre de 3 millions de dollars. C'est exactement ce qui s'est passé pour le centre de formation du Nouveau-Brunswick dont je vous ai parlé. On a investi un peu dans la formation et, tout à coup, l'université et la province s'entendent pour construire quelque chose.

• (0950)

Le président: Monsieur Petit, vous avez la parole.

M. Daniel Petit (Charlesbourg—Haute-Saint-Charles, PCC): Je vous remercie d'être venus, ce matin, nous expliquer la position de Santé Canada.

La question que je veux vous poser est peut-être d'ordre général, mais j'aimerais faire une introduction, pour être sûr que je me comprenne bien. Vous avez dit que le fédéral accompagne les communautés en situation minoritaire linguistique, qu'elles soient francophones ou anglophones, sur le plan de la santé. Je viens de la province de Québec, où il y a d'autres groupes minoritaires francophones. Je parle des réserves indiennes. Certaines tribus indiennes — par exemple, les Hurons chez nous — sont près d'un

centre-ville et ont accès à des services en français. Les autres nations indiennes qui sont dans le nord du Québec et qui parlent français ont de la difficulté à obtenir des services en français. Même si nous sommes majoritaires, nous avons de la difficulté à recevoir ces services. Imaginez-vous, il y a des nations indiennes qui habitent près du lac Mistassini!

Naturellement, il est question d'une compétence provinciale, mais il y a un groupe minoritaire qui parle la même langue que moi et qui a beaucoup de difficulté à obtenir des services de santé en français. Ce n'est pas le cas quand ces gens habitent en milieu urbain, toutefois. Par conséquent, deux grandes réserves ont facilement accès à des services. Ce sont les Hurons-Wendat, à Québec, et les Autochtones de Kanesatake, à Montréal, parce qu'ils sont près de deux grands centres urbains. Lorsque nous nous dirigeons vers le nord du Québec ou vers le Nouveau-Brunswick — il y a quelques nations indiennes au Québec près du Nouveau-Brunswick —, c'est différent. On sait très bien qu'obtenir des soins dans sa langue — pour eux, c'est la langue française — crée une vitalité dans la communauté.

Parlez-nous de votre objectif quand vous donnez de l'argent. Comment réagissez-vous?

• (0955)

M. Marcel Nouvet: C'est une excellente question. On m'a suggéré une réponse.

À mon avis, la Loi sur les langues officielles demande au gouvernement fédéral de faire des efforts spéciaux auprès des communautés qui vivent en situation minoritaire linguistique. Par cela, on entend les anglophones au Québec, qui vivent en situation minoritaire, et les francophones et les Acadiens à l'extérieur de cette province. On a misé sur cela. Il me semble que si j'étais député du gouvernement provincial, ma responsabilité serait de m'assurer que les citoyens du Québec puissent obtenir les services de santé — qui sont de compétence provinciale — dans la langue de la majorité. Je ne pense pas que cela soit la responsabilité du gouvernement fédéral. J'ai peut-être tort, mais sa priorité est de s'occuper de ceux qui vivent en situation minoritaire à l'intérieur d'une juridiction, comme les anglophones au Québec.

M. Daniel Petit: Monsieur Nouvet, on dit que les services de santé constituent un élément clé pour la vitalité des communautés de langue officielle. Pourriez-vous nous dire ce qui a été accompli jusqu'à maintenant, selon votre expérience? Pourriez-vous identifier les défis? Je parle des deux communautés que vous venez de nous décrire, l'anglophone minoritaire et la francophone minoritaire.

Quels sont les défis que Santé Canada devrait relever ou quels sont ses défis futurs?

M. Marcel Nouvet: Si vous me demandez quels sont les défis de ces communautés, je vous dirai, comme elles l'ont elles-mêmes affirmé, qu'il est deux fois plus difficile pour elles d'obtenir des services dans leur langue maternelle. Il n'est pas facile de se faire soigner quand on ne maîtrise pas la langue officielle qui est employée.

En outre, l'objectif de la Loi sur les langues officielles ne cible pas vraiment la santé, mais elle vise à s'assurer que les communautés puissent s'épanouir. Je parle des francophones, peut-être parce que je suis moi-même francophone. Quoi qu'il en soit, s'il y a de moins en moins de services en français et que les gens ne peuvent pas obtenir de formation dans cette langue, ils vont finir par travailler en anglais et, par le fait même, desservir soit des anglophones soit des francophones qui ont été assimilés. De cette façon, le processus va se perpétuer et on va très rapidement être en perte de vitesse.

Avec les fonds qui leur ont été alloués, les communautés essaient d'accroître le nombre de professionnels formés en français. En effet, ceux qui sont formés en français risquent davantage de travailler dans cette langue. Il s'agit également de créer des réseaux communautaires vibrants qui permettent de travailler et de bien s'entendre avec la province.

Quatre ans plus tard, il est très difficile, à mon avis, de mesurer exactement l'impact. Récemment, lors d'une réunion du comité consultatif, on a parlé d'une plus grande satisfaction chez la clientèle francophone. Toutefois, on s'est entendus pour dire que c'était très difficile à prouver et que cette appréciation était surtout fondée sur des anecdotes.

Le président: Madame Brunelle, vous avez cinq minutes.

• (1000)

Mme Paule Brunelle (Trois-Rivières, BQ): Bonjour, messieurs.

Je me suis laissé dire, à tort ou à raison, que malgré une population de 10 000 fonctionnaires, Santé Canada ne gérait aucun hôpital. C'est pourtant là que se vivent vraiment les difficultés. Par ailleurs, je constate que les résultats dont vous nous faites part ont trait uniquement aux soins de santé primaires. Tout comme mon collègue du NPD, je suis troublée de voir le nombre de projets qui sont réalisés au Canada et le nombre de ceux qui sont exécutés au Québec.

Vous nous dites que c'est la Société Santé en français qui décide des projets. J'aimerais mieux comprendre la situation. Est-ce que les projets sont mis sur pied par les communautés? On pourrait se demander pourquoi, proportionnellement, il y a si peu de projets dans les milieux francophones hors Québec et comment cet argent est attribué.

Par ailleurs, je vois qu'on affiche, dans le rapport de mi-parcours pour les langues officielles, une perte d'environ 3 millions de dollars. Celle-ci découlerait de la lenteur à accorder les fonds. Je me demande comment vous pouvez nous expliquer et justifier ce problème.

M. Marcel Nouvet: Je ne peux pas m'empêcher de répondre à votre question. J'ai écouté les débats lors des dernières élections et je me suis demandé comment il se faisait qu'on ne pouvait pas répondre clairement à cette question.

Santé Canada a des hôpitaux qui sont destinés aux premières nations. Nous avons donc du personnel qui y travaille. Nous avons aussi des infirmières partout dans les réserves, et celles-ci devraient en principe pouvoir fournir des services dans les deux langues. Il y a, je crois, une bonne moitié du budget de Santé Canada qui est consacrée à cela. De plus, une partie importante du budget est allouée à la réglementation, aux tests appliqués aux nouveaux médicaments, et ainsi de suite. Ça explique pourquoi il y a beaucoup de personnel.

Je vais maintenant parler du choix des projets. La Société Santé en français, dont l'équipe est très petite et qui a de petits bureaux ici à Ottawa, dépend des 17 réseaux. Ces gens ont un comité de direction

qui regroupe tous les réseaux. Au sein de ce comité, ils ont déterminé au départ les critères qu'ils établiraient pour faire la sélection des projets. Ensuite, ils ont demandé aux réseaux d'élaborer et de proposer des projets. Connaissant les critères, les réseaux ont fait du travail sur le terrain dans le but de proposer de bonnes idées à la Société Santé en français. Le choix s'est fait en fonction de critères établis par tout le monde. Certains projets ont été rejetés et d'autres ont été approuvés.

Mme Paule Brunelle: Comme il s'agit d'une compétence provinciale, comment se font les négociations avec les gouvernements provinciaux?

M. Marcel Nouvet: Aucun investissement dans un projet n'est fait, aucune demande n'est examinée par la Société Santé en français, à moins qu'elle ait l'approbation formelle de la province. Rien ne peut se faire sans l'appui de la province.

C'est pourquoi la concertation dans les réseaux est excessivement importante.

Mme Paule Brunelle: Les relations sont bonnes avec les provinces. Vous nous disiez un peu plus tôt que des provinces craignent qu'on sème un peu d'argent et qu'on se retire. Est-ce difficile?

M. Marcel Nouvet: À certains endroits, c'est un défi, mais il y a beaucoup d'endroits où c'est très positif. Je suis convaincu que cela aura un effet d'entraînement sur les autres.

Mme Paule Brunelle: Que dire du fait que 3 millions de dollars de ce programme n'ont pas été dépensés?

M. Roger Farley: En ce qui a trait à ce montant de 3 millions de dollars, il y a eu plusieurs problèmes administratifs. Le financement de ce volet représentait un montant de 30 millions de dollars pour l'ensemble des projets. Il s'agissait de 10 millions de dollars pour la communauté anglophone et de 20 millions de dollars pour la communauté francophone. Le 30 septembre dernier, ces 30 millions de dollars ont été dépensés.

Mme Paule Brunelle: Il me reste encore un peu de temps. Vous dites que vous gérez des hôpitaux dans les réserves autochtones. Cela représente combien d'hôpitaux?

M. Marcel Nouvet: On devra vous faire parvenir cette information.

Mme Paule Brunelle: Y en a-t-il au Québec? Je pense au problème soulevé par M. Petit?

M. Marcel Nouvet: Non, je ne crois pas qu'il y en ait au Québec. Savez-vous que nous devons offrir les services d'infirmières, des services de première ligne, dans toutes les réserves? Cela devrait être offert dans les deux langues. S'il y a un problème de ce côté, vous savez que vous pouvez nous le faire savoir.

• (1005)

Mme Paule Brunelle: En ce qui a trait aux services que vous offrez, avez-vous une entente formelle écrite avec le gouvernement du Québec?

M. Marcel Nouvet: De façon générale, je pense que les provinces sont contentes que la santé dans les réserves soit la responsabilité du gouvernement fédéral. On pourrait débattre de la chose, mais elles sont contentes que le fédéral le fasse. Il n'y a donc pas d'ententes particulières.

Le président: Merci monsieur Nouvet et madame Brunelle. Je m'excuse de vous avoir oubliée.

Monsieur Godin.

M. Yvon Godin: Revenons au cas soulevé par M. Petit. Je suis un peu mêlé. Vous dites que les réserves sont de compétence fédérale. Il y a seulement deux hôpitaux fédéraux au Canada. Vous avez répondu à M. Petit que la santé était de compétence provinciale, alors qu'il parlait des réserves.

M. Marcel Nouvet: Parlez-vous de la santé?

M. Yvon Godin: Oui, qu'avez-vous répondu à M. Petit?

M. Marcel Nouvet: J'ai dit que c'était de compétence provinciale.

M. Yvon Godin: C'est de compétence provinciale.

M. Marcel Nouvet: Il y a des exceptions, dans la vie.

M. Yvon Godin: On en vit à tous les jours. Ne vous inquiétez pas. Parfois les fonctionnaires sont mal vus, mais si vous consultez les sondages, vous verrez que les politiciens sont plus mal vus que vous. Il y a toujours des exceptions à la règle.

M. Marcel Nouvet: Ce doit être parce qu'on vous conseille.

M. Yvon Godin: Je suis en train de gaspiller mon temps d'intervention.

Que répondez-vous à la question de M. Petit, qui portait sur les réserves? Je voudrais savoir si c'est de compétence provinciale ou de compétence fédérale.

Si la réserve dont M. Petit a parlé est de compétence fédérale, peut-on décider qu'on n'y trouvera pas seulement une infirmière qui parle les deux langues, mais que les services hospitaliers seront disponibles dans la langue de son choix?

M. Marcel Nouvet: Voici ce que j'en comprends. Les Autochtones qui vivent dans les réserves reçoivent les soins de santé de l'infirmière ou d'un infirmier qui est sur la réserve. Ce service est défrayé par le fédéral. Si des frais de voyage sont encourus pour les envoyer dans un hôpital de la province, le gouvernement fédéral paie ces frais de voyage. Les soins qui sont fournis à la personne qui se présente dans un hôpital provincial sont défrayés par la province.

M. Yvon Godin: C'est bien, mais ont-ils droit à un service dans les deux langues parce que la loi fédérale prévoit qu'ils doivent pouvoir être servis dans les deux langues officielles du pays?

M. Roger Farley: Au Québec, une nouvelle modification a été apportée à la loi sur les soins de santé. Des mesures ont été prévues pour créer des comités dans chacune des régions régionales, afin d'assurer des soins de santé. Chaque région doit développer un plan pour assurer des soins de santé en anglais, qui est la langue minoritaire.

M. Yvon Godin: Mon autre question porte sur les groupes. De l'argent provient du gouvernement fédéral, mais si cet argent n'arrive pas à temps, ou à la dernière minute, les communautés sont inquiètes. C'est comme quand le gouvernement délie les cordons de sa bourse pour refaire les routes alors que c'est quasiment l'automne et que les terrains sont gelés. La même chose arrive aux communautés.

Je veux faire passer un message. Je sais que ce n'est pas seulement vous, mais c'est aussi le gouvernement qui détermine quand l'argent est versé. Néanmoins, les communautés travaillent très fort sur le terrain et, à la dernière minute, se demandent si elles doivent fermer les bureaux, si elles peuvent payer le téléphone, car il ne leur reste rien du tout et elles sont dans l'attente. Elle ne peuvent pas bien travailler de cette façon. Or, c'est qui arrive la plupart du temps.

Dernièrement, chez nous, certaines communautés étaient inquiètes. Un autre programme que celui des langues officielles devait

verser de l'argent pour des capsules publicitaires en français pour la santé. Le vendredi, elles ne savaient même pas si elles allaient avoir de l'argent.

Aura-t-on ce problème continuellement? Le gouvernement fédéral impose-t-il des compressions présentement dans le domaine de la santé?

M. Marcel Nouvet: Dans de tels cas, il s'agit d'accords de contribution. La gestion des accords de contribution est très serrée. Elle vise à protéger l'argent du contribuable. Ces contrôles sont...

M. Yvon Godin: Je comprends que vous deviez exercer un contrôle, mais est-on obligé d'attendre à la dernière minute?

M. Marcel Nouvet: Dans quelle situation?

M. Yvon Godin: Lorsqu'on accorde des fonds. Quand un budget tire à sa fin et qu'un nouveau budget le remplace, les communautés sont les dernières informées.

M. Marcel Nouvet: La somme de 10 millions de dollars, qui a été allouée cette année, avait été annoncée en novembre dernier. On savait que cela allait prendre du temps. Une fois que des fonds sont annoncés, il faut obtenir l'aval formel du président du Conseil du Trésor. Cela prend du temps, puisqu'il faut préparer des soumissions, et ainsi de suite.

On s'était mis d'accord avec les représentants communautaires pour qu'ils commencent à préparer les projets afin que, dès le déblocage des fonds, ils puissent procéder à leur mise en place et éviter le travail de défrichage à ce stade. C'est ce qui est arrivé. Les fonctionnaires ont regretté les retards, ainsi que les communautés, bien sûr. On avait les mains liées tant qu'on n'avait pas l'approbation du Conseil du Trésor. On a obtenu cette approbation, et les communautés sont prêtes depuis quelques mois.

•(1010)

M. Yvon Godin: D'accord. Merci.

Le président: Merci monsieur Godin. Nous avons terminé le deuxième tour et nous commençons le troisième tour.

Monsieur Bélanger, vous avez la parole.

L'hon. Mauril Bélanger: Merci, monsieur le président.

J'ai quelques commentaires à formuler avant de poser ma question. Je suis à la fois déçu et enchanté d'apprendre que, d'après leurs propres évaluations, le pourcentage d'anglophones au Québec disant ne pas avoir accès aux services dans leur langue est de 48 p. 100. Ce pourcentage est étrangement semblable à celui de la communauté francophone hors Québec, qui, au moment de l'étude, était de 50 p. 100.

Il y a des divergences, j'en conviens, mais il y a aussi des similarités; par exemple, lorsqu'on a fermé l'hôpital Jeffrey Hale, à Québec. J'ai fait le tour de certaines régions, que ce soit la Gaspésie ou ailleurs au Québec, et leur situation est différente de celle de Montréal. Les communautés l'ont dit clairement.

Pour ce qui est du nombre d'organismes, ce sont des choix que les communautés ont faits. En Ontario, si je ne fais pas erreur, il y a quatre réseaux. Je connais celui de l'Est ontarien. Quatre des 17 réseaux du territoire canadien, hormis le Québec, sont situés en Ontario. Celui de l'Est ontarien comprend au-delà d'une cinquantaine d'organismes. On doit tenir compte des chiffres réels, lorsqu'on compare le nombre d'organismes de la communauté anglophone au Québec et celui des communautés francophones hors Québec. Je pense que c'est comparable, dans l'ensemble, sauf qu'ils ont choisi de se structurer de façon différente.

En ce qui a trait à la Société Santé en français et à sa collaboration avec les provinces, j'admire leur travail. Si je ne m'abuse, un sous-ministre de la santé du Nouveau-Brunswick était membre du conseil — je ne sais pas s'il est toujours là. C'est la preuve qu'il y a eu une belle collaboration tripartite: communautés-provinces-fédéral. Ces choses doivent être connues.

En ce qui a trait aux initiatives heureuses, je crois comprendre que la construction du Centre de santé Saint-Thomas, à Edmonton, démarre. Ce sera un centre magnifique où il y aura des services de santé pour les personnes âgées.

Je voulais simplement clarifier certaines choses que nous avons entendu.

Je reviendrai maintenant brièvement sur la question de la formation. Dans l'entente signée en 2004, à propos d'un transfert de 41 milliards de dollars additionnels sur 10 ans, il y avait de l'argent pour financer la formation de 1 000 personnes en 10 ans, afin que leurs acquis soient reconnus. On avait accordé du financement pour les gens ayant une formation de médecin à l'étranger qui étaient venus vivre au Canada, mais qui ne pouvaient pas pratiquer leur profession.

Êtes-vous en mesure de donner une idée de quelle façon fonctionne ce volet de l'entente, qui avait conclue avec toutes les provinces et les territoires?

M. Marcel Nouvet: Cela ne relève pas de mon secteur. Je n'ai vraiment pas les détails.

Roger, pourriez-vous répondre?

M. Roger Farley: En ce qui concerne les ententes avec les provinces, on est en train d'établir des collaborations, dans le domaine de la santé, entre le Consortium national de formation en santé et le programme des ressources humaines. Un projet d'une valeur totale d'un million de dollars a été déposé par le consortium dans le cadre de ce programme, pour la mise à niveau des médecins qui ont été formés à l'étranger, donc pour les amener à pouvoir pratiquer au Canada. Ce programme n'est pas encore commencé, mais il y a eu des discussions, et des engagements ont déjà été pris.

L'hon. Mauril Bélanger: Dans toute cette question, si vous me permettez, les communautés francophones en situation minoritaire étaient préoccupées par le fait que les organismes professionnels, dans leurs efforts pour reconnaître les acquis des professionnels étrangers, semblaient très peu sensibles à la nécessité de le faire pour les francophones également, c'est-à-dire que tous les efforts dont on entendait parler, qui étaient faits par je ne sais quels corps professionnels, étaient faits exclusivement, ou presque, en anglais.

Êtes-vous au courant de cette préoccupation? Si oui, le ministère de la Santé intervient-il?

• (1015)

M. Roger Farley: Oui, c'est une préoccupation qui a été retenue, comme M. Nouvet l'a mentionné.

Pour ce qui est de la communauté francophone, ils sont en train de refaire une planification stratégique pour la période de 2008 à 2013, donc pour les cinq prochaines années. Un des défis qui a été noté, justement, est la collaboration entre la communauté francophone, donc les réseaux et le consortium, et les corps professionnels.

Dans le cadre des projets qui ont été soumis par la Société Santé en français pour l'année 2006-2007, donc qui se terminera le 31 mars, il y a un projet, entre autres, avec l'Association médicale canadienne.

Le président: Merci, monsieur Bélanger.

L'hon. Mauril Bélanger: Permettez que je fasse un...

Le président: Non, je m'excuse, c'est au tour de Mme Boucher.

Mme Sylvie Boucher (Beauport—Limoilou, PCC): Excusez-moi, monsieur Bélanger.

La responsabilité du Bureau d'appui aux communautés de langue officielle consiste à travailler en partenariat avec des organismes qui représentent les communautés.

Dans vos pratiques et vos relations avec les partenaires, j'aimerais que vous m'expliquiez, s'il vous plaît, les mécanismes qui permettent de s'assurer que ces organismes rendent des comptes, ainsi que les méthodes d'évaluation des résultats.

M. Marcel Nouvet: Les accords de contribution qu'on a sont très détaillés. Ils exigent, par exemple, des rapports d'étape trimestriels, un bilan financier trimestriel, prévoient que l'argent soit envoyé, si je ne me trompe pas, sur une base trimestrielle, sur réception et examen des rapports qui nous sont fournis. Donc, c'est excessivement serré.

Il faut que les gens nous expliquent au départ ce qu'ils vont faire, comment ils entendent dépenser l'argent. Ensuite, ils doivent nous faire des rapports régulièrement nous permettant de leur envoyer la prochaine part de financement.

Mme Sylvie Boucher: Donc, vous êtes capables de savoir où cet argent est dépensé, en grande partie?

M. Marcel Nouvet: Oui. On reçoit, par exemple, des rapports de la Société Santé en français, qui a la responsabilité de faire des vérifications chaque année. Elle ne fait pas nécessairement une vérification de tous les réseaux, mais d'au moins deux réseaux par année. Il y a des critères pour choisir les réseaux qui seront examinés.

Mme Sylvie Boucher: Donc, cela fait partie des méthodes d'évaluation?

M. Marcel Nouvet: C'est la vérification.

Mme Sylvie Boucher: D'accord. Et qu'en est-il des méthodes d'évaluation des résultats?

M. Marcel Nouvet: On a une évaluation formative en cours, c'est-à-dire une première évaluation pour voir si, de façon générale, on est sur la bonne voie et si les investissements vont produire les effets escomptés. On pense qu'on l'est. Je vous ai donné des exemples de choses qui se passaient concrètement au sujet des réseaux, entre autres le fait que les inscriptions sont plus élevées du tiers. L'évaluation finale sera faite l'année prochaine et elle pourra mieux mesurer les résultats que l'évaluation l'actuelle.

Mme Sylvie Boucher: D'accord. Merci.

M. Marcel Nouvet: Au départ, on s'était entendu avec les communautés sur des choses concrètes. Il fallait qu'en bout de ligne, les clients soient plus satisfaits et qu'il y ait davantage de professionnels oeuvrant dans la langue de la minorité. On va mesurer ces choses. Toutefois, cela va prendre du temps. Dans cinq ans, on aura accompli certaines choses, mais pas tout. Il y aura toujours des gens qui vivront en situation minoritaire et qui auront des problèmes à obtenir des services dans leur langue, mais il devrait y en avoir moins. Il devrait y avoir des gens qui auront au moins l'espoir que cela va changer.

•(1020)

Le président: Merci, madame Boucher.

Grâce à la générosité de M. Godin, nous allons demander à M. Simard de poser une question de 30 secondes.

L'hon. Raymond Simard: Merci, monsieur le président, et merci à mon collègue M. Godin de m'avoir permis d'utiliser quelques secondes de son temps.

Monsieur Nouvet, tout à l'heure, vous avez dit que cette nouvelle relation demandait un changement de culture. Vous n'avez pas dit s'il y en avait finalement eu un.

Je me souviens de l'époque du cynisme et de la résistance des hauts fonctionnaires au sein du ministère, même sur le plan

politique, je dois l'admettre. Le ministre n'était pas convaincu que c'était une bonne chose.

Y a-t-il eu un changement de culture chez les fonctionnaires? Le ministre a-t-il été sensibilisé au bien-fondé de ce programme?

M. Marcel Nouvet: Le changement de culture est en marche et va dans la bonne direction. Je prévois qu'il y aura toujours quelques petits accrochages ici et là, mais depuis neuf mois, la situation est calme. Les conversations sont positives et courtoises. On n'est pas obligés de se rencontrer à la dernière minute tous les mois pour essayer de dénouer des conflits. Maintenant, les choses se dénouent naturellement entre les deux organisations. Je pense donc qu'il y a une évolution.

Pour ce qui est du ministre, il est très bilingue. Tout ce qu'il a exprimé jusqu'à maintenant est positif. Je pense que son appui a été essentiel pour faire passer la soumission au Conseil du Trésor cette année.

Le président: Je remercie M. Nouvet, M. Farley et tous les députés de cette très intéressante séance. Je vous félicite de votre bon travail.

Nous allons interrompre nos délibérations pendant deux minutes, puis nous reprendrons nos travaux à huis-clos.

[La séance se poursuit à huis-clos.]

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.