

EVIDENCE

OTTAWA, Monday, May 6, 2024

The Standing Senate Committee on Official Languages met with videoconference this day at 5:01 p.m. [ET] to study matters relating to minority-language health services.

Senator René Cormier (*Chair*) in the chair.

[*Translation*]

The Chair: I am René Cormier, senator from New Brunswick, and chair of the Senate Committee on Official Languages.

[*English*]

Before we begin, I would like to remind all senators and other meeting participants of the following important preventative measures.

To prevent disruptive — and potentially harmful — audio feedback incidents during our meeting that could cause injuries, we remind all in-person participants to keep their earpieces away from all microphones at all times.

[*Translation*]

As indicated in the communiqué from the Speaker to all senators on Monday, April 29, the following measures have been taken to help prevent audio feedback incidents:

All earpieces have been replaced by a model which greatly reduces the probability of audio feedback.

The new earpieces are black in colour, whereas the former earpieces were grey. Please only use a black approved earpiece.

[*English*]

By default, all unused earpieces will be unplugged at the start of a meeting.

When you are not using your earpiece, please place it face down, on the middle of the round sticker that you see in front of you on the table, where indicated.

Please consult the card on the table for guidelines to prevent audio feedback incidents.

[*Translation*]

Please ensure that you are seated in a manner that increases the distance between microphones. Participants must only plug in their earpieces to the microphone console located directly in front of them.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le lundi 6 mai 2024

Le Comité sénatorial permanent des langues officielles se réunit aujourd’hui, à 17 h 1 (HE), avec vidéoconférence, pour étudier les services de santé dans la langue de la minorité.

Le sénateur René Cormier (*président*) occupe le fauteuil.

[*Français*]

Le président : Je m'appelle René Cormier, sénateur du Nouveau-Brunswick, et je suis président du Comité sénatorial permanent des langues officielles.

[*Traduction*]

Avant de commencer, j'aimerais rappeler à tous les sénateurs et aux autres participants à la réunion les mesures préventives importantes suivantes.

Afin d'éviter pendant notre réunion les retours de son perturbateurs — et potentiellement nuisibles — qui pourraient causer des blessures, nous rappelons à tous les participants en personne de garder leurs écouteurs loin de tous les microphones en tout temps.

[*Français*]

Comme l'indique le communiqué de la Présidente à tous les sénateurs le lundi 29 avril, les mesures suivantes ont été prises pour aider à prévenir les incidents acoustiques.

Toutes les oreillettes ont été remplacées par un modèle qui réduit considérablement la probabilité d'un incident acoustique.

Les nouvelles oreillettes sont noires, alors que les anciennes oreillettes étaient grises. Veuillez utiliser uniquement une oreille noire approuvée.

[*Traduction*]

Par défaut, tous les écouteurs non utilisés seront débranchés au début d'une réunion.

Lorsque vous n'utilisez pas votre écouteur, veuillez le placer face vers le bas, au milieu de l'autocollant rond que vous voyez devant vous, sur la table, à l'endroit indiqué.

Veuillez consulter la fiche sur la table pour obtenir des lignes directrices visant à prévenir les retours de son.

[*Français*]

Veuillez vous assurer que vous êtes assis de manière à augmenter la distance entre les microphones. Les participants doivent brancher uniquement leur oreille sur la console de microphone située directement devant eux.

These measures are in place so that we can conduct our business without interruption and to protect the health and safety of all participants, including the interpreters. Thank you all for your cooperation.

Now, I wish to invite committee members participating in today's meeting to introduce themselves, starting on my right.

Senator Poirier: Good evening and welcome. Rose-May Poirier from New Brunswick.

Senator Mégie: Good evening. Marie-Françoise Mégie from Quebec;

Senator Clement: Bernadette Clement from Ontario.

[English]

The Chair: Thank you. I wish to welcome all of you and viewers across the country who may be watching. I would like to point out that this meeting is taking place from within the unceded traditional territory of the Algonquin Anishinaabe Nation.

Tonight, we continue our study on minority-language health services by welcoming researchers and organizations able to address the theme of vulnerable communities and health professionals and post-secondary institutions, two of the six themes of our study.

On our first panel, we welcome in person, Dr. Don Thiwanka Wijeratne, Associate Professor, Division of General Internal Medicine, Queen's University. Welcome to our meeting.

Joining us by video conference, we welcome Dr. Richard Musto, Clinical Professor, University of Calgary; and Carmen Loiselle, Director and Principal Investigator at Dialogue McGill, and Professor in the Faculty of Medicine and Health Sciences at McGill University.

Good evening and thank you for accepting our invitation. We will now hear each of your opening remarks. They will be followed by questions from the senators.

The floor is yours, Dr. Wijeratne.

Don Thiwanka Wijeratne, Associate Professor, Division of General Internal Medicine, Queen's University, as an individual: Thank you very much, everyone.

Honourable Senate committee and other members of the audience, I appreciate and value this opportunity given to me to be a witness in this discussion.

Ces mesures sont en place afin que nous puissions exercer nos activités sans interruption et pour protéger la santé et la sécurité de tous les participants, y compris les interprètes. Je vous remercie donc pour votre collaboration.

J'aimerais maintenant inviter les membres du comité présents aujourd'hui à se présenter, en commençant par ma droite.

La sénatrice Poirier : Bonsoir et bienvenue. Rose-May Poirier, du Nouveau-Brunswick.

La sénatrice Mégie : Bonsoir. Marie-Françoise Mégie, du Québec.

La sénatrice Clement : Bernadette Clement, de l'Ontario.

[Traduction]

Le président : Je vous remercie. Je vous souhaite la bienvenue à tous, ainsi qu'aux téléspectateurs de tout le pays qui nous regardent. Je tiens à souligner que cette réunion se déroule sur le territoire traditionnel non cédé de la nation algonquine anishinabé.

Ce soir, nous poursuivons notre étude sur les services de santé dans la langue de la minorité en accueillant des chercheurs et des représentants d'organismes en mesure d'aborder les thèmes des communautés vulnérables, ainsi que des professionnels de la santé et des établissements postsecondaires, deux des six thèmes de notre étude.

Dans notre premier groupe de témoins, nous accueillons en personne le Dr Don Thiwanka Wijeratne, professeur agrégé, Division de la médecine interne générale de l'Université Queen's. Je vous souhaite la bienvenue à notre réunion.

Nous accueillons par vidéoconférence le Dr Richard Musto, professeur clinicien à l'Université de Calgary, et Carmen Loiselle, directrice et chercheuse principale à Dialogue McGill et professeure à la Faculté de médecine et de sciences de la santé de l'Université McGill.

Mesdames et messieurs, bonsoir et merci d'avoir accepté notre invitation. Nous allons maintenant entendre chacune de vos déclarations préliminaires. Nous passerons ensuite aux questions des sénateurs.

La parole est à vous, docteur Wijeratne.

Dr Don Thiwanka Wijeratne, professeur agrégé, Division de la médecine interne générale, Université Queen's, à titre personnel : Merci beaucoup à tous.

Honorables membres du comité sénatorial et autres membres de l'audience, j'apprécie à sa juste valeur l'occasion qui m'est donnée de participer à cette discussion.

I'm very passionate about this topic as a BIPOC Canadian and an immigrant to this country. I immigrated to Canada in 2008 after finishing medical school in Sri Lanka. I've since trained in Canada and have been working as an internist for over eight years and now I am an associate professor at Queen's University.

On a day-to-day basis, I see numerous patients who speak minority languages. In addition, I do population health research focusing on immigrant health and health care access. This enables me to talk about this topic and I value this opportunity.

I would like to talk about three main domains. First, I want to acknowledge some of the nuances of minority language in health care; second, I will talk about what actually works in our health care setting; and, third, as a health care worker, I may make some recommendations going forward.

I find there are a lot of nuances when we talk about minority language and health care because when a patient only speaks a minority language, there is no argument that they are at a distinct disadvantage. The patient is not able to communicate, there is poor access, and so on.

Unfortunately, it is not limited to that. Language is often only a vessel that has many other factors that influence health care access to these patients. Language is intertwined with culture, values, expectations and roles of each person that plays a direct influence on the person's behaviour to health care access.

Barriers with minority languages are also unique to different clinical situations. We would like to talk about language and access but each clinical situation is different. For example, with a primary care or outpatient setting the focus may be on setting symptoms and care provision, doing some basic investigations, whereas if you talk about an urgent care setting, or ICU setting, the focus may be on having more important decisions about goals of care and determinants of health, which is more of a conversation that leads to goals of care types of discussion.

Similarly, in an in-patient setting, the conversations might be around nursing care, self-care and nutrition. I would like to emphasize that, in each of these clinical settings, the requirements and the needs can be unique. Acknowledging that and being context specific will be helpful.

The other vulnerable population I would like to talk about is patients who speak a minority language but also who are older. Unfortunately, this compounds the issues of regular physical, mental barriers to access.

C'est un sujet qui me passionne beaucoup en tant que Canadien des communautés autochtones, noires et de couleur et en tant qu'immigrant. J'ai immigré au Canada en 2008 après avoir terminé mes études de médecine au Sri Lanka. Je me suis formé au Canada et je travaille comme interniste depuis plus de huit ans. Je suis maintenant professeur agrégé à l'Université Queen's.

Au quotidien, je vois de nombreux patients qui parlent une langue de la minorité. En outre, je fais de la recherche sur la santé des populations axée sur la santé des immigrants et l'accès aux soins de santé. Cela me permet de parler de ce sujet et j'apprécie l'occasion qui m'est donnée de le faire.

J'aimerais parler de trois grands domaines. Premièrement, je tiens à reconnaître certaines nuances liées à la langue de la minorité dans les soins de santé; deuxièmement, je parlerai de ce qui fonctionne réellement dans notre système de soins de santé; et troisièmement, en tant que travailleur de la santé, je ferai peut-être des recommandations pour l'avenir.

Je trouve qu'il y a beaucoup de nuances lorsque nous parlons de la langue de la minorité et des soins de santé, car lorsqu'un patient ne parle qu'une langue de la minorité, il ne fait aucun doute qu'il est nettement désavantagé. Il est incapable de communiquer, son accès aux soins est limité, et ainsi de suite.

Malheureusement, il y a plus. Souvent, la langue est seulement un vaisseau assorti de nombreux autres facteurs qui influent sur l'accès aux soins de santé pour ces patients. La langue est étroitement liée à la culture, aux valeurs, aux attentes et aux rôles de chaque personne qui influe directement sur le comportement des patients en matière d'accès aux soins de santé.

Les obstacles liés aux langues minoritaires sont également uniques à chaque contexte clinique. Nous aimerais parler de la langue et de l'accès, mais chaque contexte clinique est différent. Par exemple, dans un établissement de soins primaires ou d'une clinique externe, l'accent peut être mis sur l'établissement de symptômes, la prestation de soins et la réalisation d'analyses de base, tandis que dans un établissement de soins d'urgence ou de soins intensifs, l'accent peut être mis sur la prise de décisions plus importantes concernant les objectifs des soins et les déterminants de la santé, ce qui mène davantage à des discussions sur les objectifs de soins.

De même, en milieu hospitalier, les conversations peuvent porter sur les soins infirmiers, les autosoins et la nutrition. Je tiens à souligner que, dans chacun de ces milieux cliniques, les exigences et les besoins peuvent être uniques. Il sera utile de le reconnaître et de tenir compte du contexte.

L'autre population vulnérable dont j'aimerais parler est celle des patients qui parlent une langue minoritaire et qui sont aussi âgés. Malheureusement, cette combinaison aggrave les problèmes d'obstacles physiques et mentaux courants à l'accès.

Now let's focus on what actually works in our health care setting. This is purely based on my experience. Caregivers are a fantastic resource. They bridge the gap for language limitations, especially with family-class sponsorship. All the patients are sheltered by family members who help navigate their health care needs. Unfortunately, that comes with a price as well. There is a lot of sensitive information that the patient may not be able to channel through their caregiver, which is often a family member. And there is always potential for coercion, especially when it comes to the goals of care discussions and decisions on power of attorney for personal care as well as finances. So, I think that needs to be considered when we talk about caregiver support dealing with minority language issues.

I think multilingual staff is an asset to any institution, and that we should strive toward having a greater representation of multilingual staff, which I think is a distinct advantage.

Another thing that works is interpreter services available as a hotline. Most health care institutes have access to a 1-800 number, which I think is underutilized. At the moment, in our hospital, we use it for important family meetings and decisions about care, but it's less utilized for day-to-day care. Just to cite an example, for some of my colleagues working in the UK, the NHS model is such that a patient who speaks a minority language and who comes to a clinic has access to a hotline that is available in a clinic setting, and at the click of a button they can access a live interpreter. That type of access would be fantastic, and it's an extension of the services we already have in place.

Next, very briefly, I would like to move on to a couple of recommendations from the perspective of a health care worker. As I said before, caregiver support should be a complementary service and should not be substituted, especially given the vulnerabilities relating to coercion with patient care. I think another intervention we can implement is that all institutions can make an active, dynamic repository of their employees and the languages they speak. I speak Singhalese, but, unfortunately, I think most members of my hospital are not aware of that. So, I think having a repository within the institution and linking that to a hospital electronic medical record or an on-call schedule, so we know — if the need arises — which health care workers will be available at that time. This can have an incentivized model, and that's something we can work on, given the current resources we have.

Maintenant, concentrons-nous sur ce qui fonctionne vraiment dans notre établissement de soins de santé. Je me fonde uniquement sur mon expérience. Les aidants naturels sont une ressource fantastique. Ils comblent les lacunes sur le plan de la langue, en particulier dans les cas de parrainage au titre de la catégorie du regroupement familial, où tous les patients sont hébergés par des membres de leur famille qui les aident à répondre à leurs besoins en matière de santé. Malheureusement, cela a aussi un prix. Il y a beaucoup de renseignements de nature délicate que le patient pourrait ne pas être en mesure de transmettre par l'entremise de son aidant naturel, qui est souvent un membre de sa famille. Et il y a toujours un risque de coercition, surtout pendant des discussions sur les objectifs de soins et la prise de décisions sur la procuration pour les soins personnels et les finances. Je pense donc qu'il faut en tenir compte lorsque nous parlons du soutien par les aidants naturels et des enjeux liés aux services de santé dans une langue de la minorité.

Je pense que le personnel multilingue est un atout pour tout établissement et que nous devrions nous efforcer pour qu'il soit plus nombreux, ce qui serait, à mon avis, un net avantage.

Parmi les autres choses qui fonctionnent, notons les services d'interprètes en ligne. La plupart des établissements de soins de santé ont accès à un numéro 1-800 qui est selon moi sous-utilisé. À l'heure actuelle, dans notre hôpital, nous y avons recours pour tenir des réunions familiales importantes et prendre des décisions en matière de soins, mais moins pour fournir les soins quotidiens. Par exemple, au Royaume-Uni, le modèle du National Health Service est tel qu'un patient qui parle une langue minoritaire et qui se présente à une clinique a accès à une ligne d'assistance en milieu clinique. En un seul clic, il peut accéder à un interprète en direct. Ce type de service serait fantastique. Il s'agit d'un prolongement des services que nous avons déjà en place.

Ensuite, très brièvement, j'aimerais passer à quelques recommandations du point de vue d'un travailleur de la santé. Comme je l'ai déjà dit, le soutien par les aidants naturels devrait être un service complémentaire et ne devrait pas être remplacé, surtout compte tenu des vulnérabilités liées à la coercition dans les soins aux patients. Je pense qu'une autre intervention possible serait d'inciter tous les établissements à créer un registre dynamique de leurs employés et des langues qu'ils parlent. Je parle singhalais, mais, malheureusement, je crois que la plupart de mes collègues ne le savent pas. Je pense donc qu'il faut un répertoire au sein de l'établissement et le relier à un dossier médical électronique de l'hôpital ou à un horaire de garde, afin que nous sachions — si le besoin s'en fait sentir — quels travailleurs de la santé sont disponibles à quel moment. Il serait possible d'associer des mesures incitatives à ce modèle, et nous pouvons travailler sur cela, compte tenu des ressources dont nous disposons actuellement.

I think the use of technology is underutilized. We have done informal surveys, and we know that over 70% of patients who are over 65 — in fact — have access to a smartphone, and they are able to communicate using a smartphone. Simple interventions like a patient portal in their own language and using medical versions of apps like Duolingo, for example, are very practical things that we can incorporate into patient communication. Sometimes, using non-verbal language cues and pictures — like a simple tab format at the patient's bedside to be able to communicate for usual care needs — are very practical things we could implement.

I would like to conclude by introducing a theme that I'm passionate about, and this is a request to all the committee members. I think a lot of what we have discussed is based on assumptions. We assume people who speak minority languages are disadvantaged, and I'm not discrediting that. But I think there is a large knowledge gap, and there are assumptions there. The reason I bring that up is that people — like myself doing population research — have discovered that patients who speak minority languages and immigrants to this country may, in fact, have a healthy immigrant effect when they initially come into the country. In the first 5 to 10 years, based on how their primary care visits work, screening for cancers, et cetera, they might have a healthy immigrant effect.

Je pense que la technologie est sous-utilisée. Nous avons fait des sondages informels et nous savons que plus de 70 % des patients âgés de plus de 65 ans ont, dans les faits, accès à un téléphone intelligent et qu'ils sont capables de s'en servir pour communiquer. De simples solutions que nous pouvons intégrer à la communication avec le patient, comme l'accessibilité à un portail dans la langue du patient et l'utilisation de versions médicales d'applications comme Duolingo, par exemple, sont très pratiques. Parfois, des indications et des images non verbales — comme de simples imprimés disposés au chevet du patient afin qu'il puisse communiquer ses besoins courants en matière de soins — sont des solutions très utiles que nous pourrions mettre en place.

J'aimerais conclure en introduisant un thème qui me passionne, qui est en quelque sorte aussi une demande à tous les membres du comité. Je pense que ce dont nous avons discuté repose en grande partie sur des hypothèses. Nous supposons que les personnes qui parlent une langue minoritaire sont désavantagées, ce que je ne nie pas. Cependant, je pense qu'il nous manque beaucoup de connaissances et que l'on compense par des hypothèses. La raison pour laquelle je soulève ce point, c'est que des gens — comme moi, qui fais des recherches sur la population — ont découvert que les patients qui parlent une langue minoritaire et les immigrants au Canada peuvent, en fait, avoir un effet positif en raison de leur bon état de santé lorsqu'ils arrivent au pays. Au cours des 5 à 10 premières années de leur présence au pays, en fonction des soins primaires qu'ils reçoivent, du dépistage du cancer qu'ils effectuent et ainsi de suite, ils peuvent avoir effet positif comme immigrants en raison de leur bon état de santé.

Le président : Je vous demanderais de conclure, car votre temps est écoulé. Vous aurez l'occasion de nous en dire plus en répondant aux questions.

Dr Wijeratne : J'en conclus qu'il existe de nombreuses possibilités d'effectuer des recherches sur la population en utilisant les bases de données existantes, y compris la base de données sur l'immigration. Je vous remercie.

Le président : Merci, docteur. Nous passons maintenant au Dr Musto. La parole est à vous.

The Chair: Perhaps you could conclude because you are over your time. You will have a chance to have more input with the questions.

Dr. Wijeratne: My conclusion is that I think there are a lot of opportunities to do population-level research using the existing databases, including the immigration database. Thank you.

The Chair: Thank you, doctor. Now we turn to Dr. Musto. The floor is yours.

Dr. Richard Musto, Clinical Professor, University of Calgary, as an individual: Thank you very much for this invitation to appear before you on this important matter of minority language health services. I am a settler of Irish and English ancestry and have the privilege of living and working within the traditional territories of the peoples of the Blackfoot Confederacy, the Tsuut'ina Nation and the Stoney Nakoda First Nations, all of whom are signatories of Treaty 7. Calgary and area are also within the homelands of the Métis Nation of Alberta, Region 3.

Dr Richard Musto, professeur clinicien, Université de Calgary, à titre personnel : Je vous remercie beaucoup de m'avoir invité à comparaître devant vous au sujet de l'importante question des services de santé dans la langue de la minorité. Je suis un colon d'ascendance irlandaise et anglaise et j'ai le privilège de vivre et de travailler sur les territoires traditionnels des peuples de la Confédération des Pieds-Noirs, de la nation Tsuut'ina et des Premières Nations Stoney Nakoda, qui sont tous signataires du Traité n° 7. Calgary et ses environs se trouvent également sur les terres ancestrales de la nation métisse de la région 3 de l'Alberta.

As a public health and preventive medicine physician, I work within the Indigenous Wellness Core of Alberta Health Services and I am also a clinical professor at the University of Calgary. Both as an administrator and clinician, I have witnessed inequities in access to care and health outcomes related to poor communication stemming from limited proficiency in one of the official languages. I believe the effective implementation of barrier-free access to professional interpretation in all health care settings, including help lines and virtual clinics, to be a vital contribution to bringing the quality of care provided more in line with the principles of equity, inclusion and social justice.

Language is an integral component of culture and the identity of both individuals and communities. Language rights are recognized by our own Canadian Charter — although I gather that the interpretation of its application continues to evolve — and the United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples. The availability and promotion of professional interpretation contribute to a welcoming and safer health service environment for persons with low proficiency in English or French, including many Indigenous peoples and immigrants, while a positive experience with it helps to reduce hesitation in seeking care.

The research literature on the effectiveness of interpretive services in improving health care is continuing to evolve. A preference for professional interpretation has emerged for both care providers and clients with a positive impact on perceived safety, compliance with prescribed care and subsequent access. Unfortunately, there is as yet limited evidence about its economic impact as reflected, for example, in hospital length of stay or readmissions or repeat emergency department visits.

Risks associated with the use of family members — particularly children, other staff members or untrained interpreters — have been identified, including errors of omission, substitutions and editorialization, and for children, stress related to a role they are not sufficiently developmentally mature to assume.

As for challenges, a common pushback from clinicians is that the clinical encounter will take twice as long as usual if an interpreter is present. However, this has not been identified as an issue in the published literature to date, but certainly should be examined. Similarly, the incremental cost of the service is a concern yet, as mentioned earlier, there may be a significant return on investment because of improvements in the quality of care.

En tant que médecin spécialisé en santé publique et en médecine préventive, je travaille pour l'Indigenous Wellness Core des Alberta Health Services et je suis également professeur clinicien à l'Université de Calgary. En tant que gestionnaire et clinicien, j'ai été témoin d'inégalités dans l'accès aux soins et les résultats en santé découlant d'une mauvaise communication causée par une connaissance limitée de l'une des langues officielles. Je crois que la mise en place efficace d'un accès sans obstacle à l'interprétation professionnelle dans tous les milieux de soins de santé, y compris les lignes d'assistance et les cliniques virtuelles, est une contribution essentielle permettant de rendre la qualité des soins fournis plus conforme aux principes d'équité, d'inclusion et de justice sociale.

La langue fait partie intégrante de la culture et de l'identité des personnes et des collectivités. Les droits linguistiques sont reconnus par notre propre Charte canadienne des droits et libertés — bien que je comprenne que l'interprétation de son application continue d'évoluer — et la Déclaration des Nations unies sur les droits des peuples autochtones. L'accessibilité et la promotion des services d'interprétation professionnelle contribuent à un environnement de services de santé accueillant et sûr pour les personnes qui ont une faible maîtrise de l'anglais ou du français, y compris de nombreux Autochtones et immigrants, tandis qu'une expérience positive contribue à réduire l'hésitation à aller chercher des soins.

Les comptes rendus de recherche sur l'efficacité des services d'interprétation en vue de l'amélioration des soins de santé continuent d'évoluer. Tant les fournisseurs de soins que les patients ont manifesté une préférence pour l'interprétation professionnelle, qui a un effet positif sur la sécurité perçue, l'adhésion aux soins prescrits et l'accès subséquent. Malheureusement, il existe peu de données probantes sur les répercussions économiques de cette solution, par exemple, concernant la durée des séjours ou des readmissions à l'hôpital ou les visites répétées aux urgences.

Les risques associés au recours à des membres de la famille — en particulier les enfants —, à d'autres membres du personnel ou à des interprètes non formés ont été cernés et comprennent notamment les erreurs d'omission, les substitutions et l'édition, et, pour les enfants, le stress lié à un rôle qu'ils ne sont pas suffisamment matures sur le plan du développement pour assumer.

Parmi les défis, il y a la résistance courante de la part des cliniciens, qui prétendent que la rencontre clinique prendra deux fois plus de temps que d'habitude si un interprète est présent. Ce problème n'a pas été relevé dans les documents de recherche publiés jusqu'à présent, mais il doit certainement être examiné. De même, le coût différentiel du service est une préoccupation, mais, comme je l'ai mentionné plus tôt, il pourrait y avoir un rendement important sur l'investissement en raison de l'amélioration de la qualité des soins.

Health care providers will require training in the use of the service, including cultural competency and an understanding of health literacy. Ease of access is important for both the practitioner and the client, and centralization of the booking process can address this.

In terms of recommendations, I have five:

First, make access to trained interpreters — whether face-to-face, virtually or by telephone — mandatory in federally delivered health services.

Second, provide financial incentives to provincial health systems to establish and maintain well-coordinated access to trained interpreters.

Third, in collaboration with accreditation agencies, develop and implement national standards for interpretation services in health care.

Fourth, work with national professional colleges or associations to incorporate competencies in utilization of interpreters in training curricula.

Finally, fund research into implementation and evaluation of interpretation services in health care.

Thank you for this opportunity.

The Chair: Thank you very much, Dr. Musto.

Now, Ms. Loiselle, the floor is yours.

[*Translation*]

Carmen G. Loiselle, Director and Principal Investigator, McGill University (Dialogue McGill): Hello. I would like to thank the Standing Senate Committee on Official Languages for this invitation to discuss access to health and social services for official language minority communities.

I am a professor at McGill University and the principal investigator at Dialogue McGill.

[*English*]

Dialogue McGill is based in the Faculty of Medicine and Health Sciences at McGill University, and it has been funded since 2004 by the Health Canada Official Languages Health Program.

Les fournisseurs de soins de santé devront recevoir une formation sur l'utilisation du service, y compris sur la compétence culturelle et la compréhension de la littératie en matière de santé. La facilité d'accès est importante tant pour le praticien que pour le client, et la centralisation du processus de réservation peut régler ce problème.

En ce qui concerne les recommandations, j'en ai cinq :

Premièrement, il faut rendre obligatoire l'accès à des interprètes qualifiés dans les services de santé fournis par le gouvernement fédéral, que ce soit en personne, virtuellement ou par téléphone.

Deuxièmement, il faut offrir des incitatifs financiers aux systèmes de santé provinciaux afin qu'ils établissent et qu'ils maintiennent un accès bien coordonné à des interprètes qualifiés.

Troisièmement, en collaboration avec les organismes d'agrément, il faut élaborer et mettre en œuvre des normes nationales pour les services d'interprétation dans les soins de santé.

Quatrièmement, il faut travailler avec les associations et les ordres professionnels nationaux pour intégrer aux programmes de formation les compétences liées à l'utilisation d'interprètes.

Enfin, il faut financer la recherche sur la mise en œuvre et l'évaluation des services d'interprétation dans le domaine des soins de santé.

Je vous remercie de m'avoir donné l'occasion de témoigner.

Le président : Merci beaucoup, docteur Musto.

Madame Loiselle, la parole est à vous.

[*Français*]

Carmen G. Loiselle, directrice et chercheuse principale, Université McGill, Dialogue McGill : Bonjour. Je tiens à remercier le Comité sénatorial permanent des langues officielles de m'avoir invitée à discuter de la situation de l'accès aux services de santé et de services sociaux pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire.

Je suis professeure à l'Université McGill et chercheuse principale de Dialogue McGill.

[*Traduction*]

Dialogue McGill est basé à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université McGill et est financé depuis 2004 par le Programme pour les langues officielles en santé de Santé Canada.

Dialogue McGill's purpose is to build capacity of bilingual health and psychosocial services professionals in Quebec to specifically ensure that English-speaking Quebecers have access to the full range of services in their own language.

More specifically, Dialogue McGill implements initiatives designed to build, train and maintain a sufficient complement of professionals capable of providing services in English and French. We meet this mandate through the development, implementation and testing of initiatives in partnership with the *Ministère de la Santé et des Services sociaux*, public health and education institutions, community organizations and other relevant stakeholders.

Today, I chose to focus on three key points: One, English-speaking communities in Quebec are a diverse and potentially vulnerable minority group who are increasingly documented to experience worse health outcomes than their French-speaking counterparts.

Second, there is an ongoing need to address staff shortages and out-migration of bilingual health professionals from the public to the private sector. I will give examples of statistics on that.

Third, given ongoing health care reforms in Quebec, service performance evaluation through research is essential to ensure optimal services access and quality for the English-speaking minority. I will briefly review issues according to each point.

My first point, English-speaking communities in Quebec are diverse and potentially vulnerable.

Canada is recognized and celebrated for its cultural diversity, with Quebec holding a unique status of being the only province with English as its official language minority. This uniqueness continues to stimulate reflections and questions surrounding the specific needs of Quebec's official language minority communities compared to their provincial counterparts.

According to a 2021 Statistics Canada report, English-speaking communities account for 13% of Quebec's 8.7-million population. These communities are heterogenous, with 37% having immigrated to Canada from another country.

According to a recent Community Health and Social Service Network report, nearly a third of English-speaking communities are also members of a visible minority.

Dialogue McGill vise à renforcer les compétences linguistiques des professionnels de la santé et des services psychosociaux bilingues au Québec afin que les Québécois anglophones aient accès à toute la gamme de services dans leur propre langue.

Plus précisément, Dialogue McGill met en œuvre des initiatives visant à constituer, à former et à maintenir en place un effectif suffisant de professionnels capables de fournir des services en anglais et en français. Nous nous acquittons de ce mandat en élaborant, en mettant en œuvre et en mettant à l'essai des initiatives en partenariat avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, les établissements de santé publique et d'éducation, les organismes communautaires et d'autres intervenants concernés.

Aujourd'hui, j'ai choisi de me concentrer sur trois points clés. Premièrement, les communautés anglophones du Québec forment un groupe minoritaire diversifié et potentiellement vulnérable, dont les résultats en santé, selon un nombre croissant de recherches, sont moins bons que ceux des Québécois francophones.

Deuxièmement, il y a un besoin constant de remédier à la pénurie de personnel et à l'exode de professionnels de la santé bilingues du secteur public vers le secteur privé. Je vais donner des statistiques à ce sujet.

Troisièmement, compte tenu des réformes en cours dans le domaine des soins de santé au Québec, l'évaluation du rendement des services, au moyen de la recherche, est essentielle pour assurer le meilleur accès et la meilleure qualité possible aux services pour la minorité anglophone. Je vais passer brièvement en revue les enjeux propres à chaque point.

Premièrement, les communautés anglophones du Québec sont diversifiées et potentiellement vulnérables.

Le Canada est reconnu et célébré pour sa diversité culturelle, le Québec ayant le statut unique de seule province ayant l'anglais comme langue officielle de la minorité. Ce caractère unique continue de susciter des réflexions et des questions sur les besoins particuliers des communautés minoritaires de langue officielle du Québec comparativement à ceux des autres communautés de la province.

Selon un rapport de Statistique Canada publié en 2021, les membres des communautés anglophones représentent 13 % de la population du Québec, qui compte 8,7 millions d'habitants. Ces communautés sont hétérogènes, 37 % de ses membres ayant immigré au Canada à partir d'un autre pays.

Selon un récent rapport du Réseau communautaire de santé et de services sociaux, près du tiers des membres des communautés anglophones sont également membres d'une minorité visible.

Language is recognized as a significant social determinant of health. It is found that patient-professional miscommunication is associated with a higher likelihood of medical errors, adverse events, increased morbidity and mortality and low satisfaction with the care being received. And I have the reference for these studies.

Higher language fluency and concordance, therefore, contribute to more positive health-related processes and outcomes. Individuals who typically get by in their daily lives using a second language report higher anxiety when dealing with health-related issues resulting in hesitancy to access or avoidance of needed services.

For instance, a Dialogue McGill-funded study of 314 English-speaking participants living in Quebec showed a significant relationship between anxiety to communicate in French and patients' unwillingness to use services.

Another Dialogue McGill-funded study among 531 French- and English-speaking Black adults found that over 25% of the English-speaking group reported language-based discrimination, so that was 25% compared to the 7% of the French-speaking respondents.

The English-speaking participants also reported facing more barriers to accessing mental health services and lower mental health compared to their francophone counterparts.

Second, there is an ongoing need to address staff shortages and out-migration of bilingual health professionals from the public to the private sector.

In Quebec, there is a limited number of professionals who speak English fluently, with most concentrated in Montréal. Whereas 98% of Quebec professionals speak French, only 55.7% report being able to speak English. Six out of ten professionals who do speak English are working in Montréal, highlighting a higher need for English language training in remote regions.

In response, Dialogue McGill provides language training to over 1,750 health and social services professionals each year.

In 2022, Dialogue McGill conducted a survey among 668 participants who took our language training courses. The sample included professionals in health services, psychosocial services, front desk workers and other professions. We found that after taking our English language courses, a higher

La langue est reconnue comme un déterminant social important de la santé. On a constaté que la mauvaise communication entre le patient et le professionnel est associée à une probabilité plus élevée d'erreurs médicales, d'événements indésirables, de morbidité et de mortalité ainsi qu'à un faible degré de satisfaction à l'égard des soins reçus. J'ai les références de ces études.

Une meilleure maîtrise de la langue et une meilleure concordance contribuent donc à des processus et à des résultats plus positifs en matière de santé. Les personnes qui, en général, se débrouillent au quotidien en utilisant une langue seconde déclarent être plus anxieuses lorsqu'elles sont aux prises avec des problèmes de santé, ce qui les pousse à hésiter à accéder aux services nécessaires ou à les éviter.

Par exemple, une étude auprès de 314 participants anglophones vivant au Québec, financée par Dialogue McGill, a montré un lien important entre l'anxiété des patients de communiquer en français et leur refus d'utiliser les services de santé.

Une autre étude financée par Dialogue McGill et menée auprès de 531 adultes noirs francophones et anglophones a révélé que plus de 25 % des participants du groupe anglophone ont signalé une discrimination fondée sur la langue, comparativement à 7 % des répondants francophones.

Les participants anglophones ont également été plus nombreux que les participants francophones à avoir déclaré se heurter à plus d'obstacles pour accéder à des services de santé mentale et avoir une moins bonne santé mentale.

Deuxièmement, il y a un besoin constant de remédier à la pénurie de personnel et à l'exode de professionnels de la santé bilingues du secteur public vers le secteur privé.

Au Québec, un nombre limité de professionnels parlent couramment l'anglais, et la plupart pratiquent à Montréal. Alors que 98 % des professionnels du Québec parlent français, seulement 55,7 % disent parler anglais. Parmi les professionnels anglophones, 6 sur 10 travaillent à Montréal, ce qui montre que les besoins en matière de formation linguistique en anglais sont plus grands dans les régions éloignées.

En réponse à cette situation, Dialogue McGill offre chaque année de la formation linguistique à plus de 1 750 professionnels de la santé et des services sociaux.

En 2022, Dialogue McGill a mené un sondage auprès de 668 participants qui ont suivi nos cours de langue. L'échantillon comprenait des professionnels des services de santé et des services psychosociaux, des travailleurs de bureau et d'autres professionnels. Nous avons constaté qu'après avoir suivi

percentage of time was spent speaking English with patients, 18% prior and 24% post course attendance. This shows that language training initiatives can have a real-world impact.

Concerned about the fact that many English-speaking professionals leave the province post-graduation, my team recently conducted a study with native English-speaking university students enrolled in health and psychosocial services programs. We assessed potential predictors of them staying in Quebec post-graduation.

When 189 students were asked what is the likelihood that you will stay in Quebec one year after graduation, 30.2% reported that it was unlikely. The primary reasons included: French language requirements, 40.4%, family, 26.3%, and career and financial reasons, 24.6%.

For professionals who stay to practise in Quebec, there is a perplexing increase in transitioning from public to private practice. For example, between 2015 and 2023, the number of psychologists in public practice annually dropped from 2,400 to 1,800. Conversely, during this same period, the number of psychologists practising in the private sector increased from 2,700 to 3,400. Dialogue McGill seeks to address this out-migration as well as staffing shortages with bursaries to bilingual students in exchange for one year of service in the public health sector, with placements in remote regions as a priority. Given that health service access is a moving target, we appreciate ongoing discussions with policy-makers.

The Chair: I'm sorry, Ms. Loiselle. I will ask you to conclude before we go to the question and answer.

Ms. Loiselle: I would like to conclude by expressing Dialogue McGill's appreciation for the initiative that the Government of Canada funds through the Action Plan for Official Languages.

[*Translation*]

On behalf of Dialogue McGill, thank you for this invitation and for your time. We look forward to answering your questions.

[*English*]

The Chair: Thank you to our three witnesses. We will now go to the Q and A. I will give the floor to the deputy chair of the committee.

Senator Poirier: Thank you all for being here. My first question is for the doctor who is here with us today. In your experience, what are the barriers faced by internationally trained health professionals in terms of credentials recognition? What

nos cours d'anglais, les participants passaient plus de temps à parler anglais avec les patients, soit 24 %, comparativement à 18 % avant le cours. Cela montre que les initiatives de formation linguistique peuvent avoir une incidence réelle.

Préoccupée par le fait que de nombreux professionnels anglophones quittent la province après l'obtention de leur diplôme, mon équipe a récemment mené une étude auprès d'étudiants universitaires anglophones nés au Québec et inscrits à des programmes de santé et de services psychosociaux. Nous avons évalué les facteurs qui pourraient les inciter à rester au Québec après l'obtention de leur diplôme.

Quand on a demandé à 189 étudiants quelle était la probabilité qu'ils restent au Québec un an après l'obtention de leur diplôme, 30,2 % ont répondu que c'était peu probable. Les principales raisons étaient les suivantes : les exigences linguistiques en français, 40,4 %; la famille, 26,3 %; et des motifs professionnels et financiers, 24,6 %.

Chez les professionnels qui restent pour pratiquer au Québec, il y a une augmentation déconcertante de la transition de la pratique publique à la pratique privée. Par exemple, entre 2015 et 2023, le nombre annuel de psychologues exerçant dans le secteur public est passé de 2 400 à 1 800. À l'inverse, au cours de la même période, le nombre de psychologues exerçant dans le secteur privé est passé de 2 700 à 3 400. Dialogue McGill cherche à remédier à cet exode et aux pénuries de personnel en offrant des bourses à des étudiants bilingues en échange d'une année de service dans le secteur de la santé publique et en accordant la priorité aux placements en région éloignée. Étant donné que l'accès aux services de santé est une cible mouvante, nous apprécions les discussions continues avec les décideurs.

Le président : Je suis désolé, madame Loiselle. Je vais vous demander de conclure avant que nous passions aux questions.

Mme Loiselle : J'aimerais conclure en exprimant l'appréciation de Dialogue McGill pour l'initiative financée par le gouvernement du Canada dans le cadre du Plan d'action pour les langues officielles 2018-2023 : Investir dans notre avenir.

[*Français*]

Au nom de Dialogue McGill, merci de cette invitation et du temps que vous nous avez alloué. Nous sommes impatients de répondre à vos questions.

[*Traduction*]

Le président : Merci à nos trois témoins. Nous allons maintenant passer aux questions. Je donne la parole à la vice-présidente du comité.

La sénatrice Poirier : Merci à tous d'être ici. Ma première question s'adresse au médecin qui est parmi nous aujourd'hui. D'après votre expérience, quels sont les obstacles auxquels se heurtent les professionnels de la santé formés à l'étranger en ce

can the federal government do to ease these barriers for internationally trained health professionals who wish to immigrate and practise in Canada?

Dr. Wijeratne: I think that is a great question. Thank you. I think the main barrier is getting into a training program. As you know, becoming a practising doctor here is twofold. One is the set of exams and credentialing which most international graduates actually meet standards. Number one, their medical schools are accredited, and there is a body that makes sure that the proper credentialing and accreditation happens. There are Canadian licensing exams that are quite stringent, and most people pass them really well.

There is a cohort of over 3,000 to 4,000 such candidates who are, unfortunately, waiting to get into a training program which is very limited. Sometimes the number is as small as 200 positions per year for a cohort of 3,000 to 4,000 able graduates, and the number keeps on increasing on an annual basis.

Also we don't have a mechanism to identify practice-ready physicians. By that I mean specialists who are practising and who have a lot of experience in their own countries. Unfortunately, they come here and have to start all over again because, in the recent past, they changed practice-ready assessment that was in place where physicians were able to start practising in their chosen profession with the practice-ready assessment.

Currently, such physicians who are specialists can join an academic institute and then get an academic licence, but in terms of a community need for a larger community, that is not in place. The bottleneck, unfortunately, is the number of residency positions available for training of physicians.

Senator Poirier: Do you have anything to propose to us that the federal government could do to improve the foreign-credential recognition for the francophone or bilingual health professionals?

Dr. Wijeratne: For bilingual health professionals, depending on the practice location, if there are physical limitations to the number of positions available, they could provide an interim licence within an institute and have a supervisor supervise these candidates. That's a great opportunity because that large cohort of people whom I was talking about have actually done their exams, and they are looking for an opportunity to practise here. If there's supervision within the same institute offering a provisional licence, that would be fantastic.

Also, we already have the concept of physician assistants, for example, who are trained here with two years' training and who joined the workforce as health care workers. Why not consider

qui concerne la reconnaissance des titres de compétence? Que peut faire le gouvernement fédéral afin d'éliminer les obstacles que doivent surmonter les professionnels de la santé formés à l'étranger qui souhaitent immigrer et exercer au Canada?

Dr. Wijeratne : C'est une excellente question, je vous remercie. Je pense que le principal obstacle est l'accès à un programme de formation. Comme vous le savez, devenir médecin ici comporte deux volets. Il y a d'abord les examens et les titres de compétence que la plupart des diplômés étrangers passent et obtiennent avec succès. Premièrement, leurs facultés de médecine sont agréées, et il y a un organisme qui veille à ce que les titres de compétence et l'agrément appropriés soient délivrés. Il y a des examens canadiens d'agrément qui sont très rigoureux, et la plupart des gens les réussissent très bien.

Cependant, il y a une cohorte de plus de 3 000 à 4 000 candidats qui, malheureusement, attendent de s'inscrire à un programme de formation dont l'accès est très limité. Parfois, il n'y a que 200 places par année pour une cohorte de 3 000 à 4 000 diplômés compétents, et ce dernier nombre continue d'augmenter chaque année.

De plus, nous n'avons pas de mécanisme pour désigner les médecins prêts à exercer. J'entends par là des spécialistes qui exercent et qui ont beaucoup d'expérience dans leur pays. Malheureusement, ils viennent ici et doivent tout recommencer parce que, récemment, on a changé l'évaluation de la capacité à exercer qui était en place et qui permettait aux médecins de commencer à exercer la profession de leur choix une fois cette évaluation réussie.

En ce moment, ces médecins spécialistes peuvent se joindre à un institut universitaire, puis obtenir un permis d'exercice en milieu universitaire. Pour ce qui est de répondre aux besoins de la population en général, il n'y a pas de mécanisme en place. Malheureusement, le nombre de postes de résidents disponibles pour la formation des médecins crée un goulet d'étranglement.

La sénatrice Poirier : Avez-vous des suggestions sur la façon dont le gouvernement fédéral pourrait améliorer la reconnaissance des titres de compétences étrangers pour les professionnels de la santé francophones ou bilingues?

Dr Wijeratne : Pour les professionnels de la santé bilingues, selon leur lieu de pratique, si des facteurs physiques limitent le nombre de postes disponibles, on pourrait octroyer des permis provisoires liés à un institut et prévoir des superviseurs pour encadrer ces candidats. C'est une très belle occasion : tous ces professionnels dont je parlais ont déjà passé leurs examens et veulent exercer leur métier ici. Si le même institut offrait un permis provisoire et de la supervision, ce serait fantastique.

De plus, nous avons déjà les adjoints au médecin, par exemple, qui sont formés ici pendant deux ans et qui se joignent aux professionnels de la santé. Pourquoi ne pas envisager un

that for international graduates who are trained with six years of medical school and often with clinical experience? And we attribute that to lack of Canadian experience.

I am an international graduate, and I appreciate that I've learned the ropes of the Canadian health care system, but that's definitely something trainable within a short course.

Senator Poirier: My second question is for Dr. Musto.

When you did your presentation with your recommendations at the end, you talked a lot about the interpreters who could help to solve the interpretation situation. Are there any statistics to give us an idea of how many people we would need to answer this need? Do you feel that interpretation would take away some of the frustrations that may be out there when you can't get access to the language of your choice? Should priorities be put more on the interpretation service, or should we continue focusing more on trying to find the bilingual staff there immediately? Is one different from the other? I want more thoughts from you on that, if you can.

Dr. Musto: Sure. Thank you. In Alberta, which is a whole-province integrated health system, we largely use an online service. You can, in some languages, have interpreters present but, mostly, it's done by telephone or by virtual connections. When somebody presents with a need, you can get the interpreter in the right language within minutes.

I'm not sure of the source of that language line. It may not be Canadian. In that case, it's not a matter of needing to train the interpreters.

The second part of your question, could you just repeat, please?

Senator Poirier: We are focusing a lot on the issues around people demanding service in one of the official languages of our country. Sometimes, the problem is the ability to recruit enough people to answer the need.

Interpretation is always a way to help, but do you feel it would be better for the country to focus on more interpretation right now to meet the need? We need more manpower. That's one of the main things we're hearing everywhere — the lack of manpower in the languages we need to offer. We're hearing so much of that, but right now I'm hearing from you that interpretation could work maybe a whole lot better in certain areas of the country. That is if I'm reading you right. Otherwise, it would take years and years to get the trained staff needed to provide the languages in person.

mécanisme semblable pour les diplômés étrangers qui ont suivi une formation de six ans en médecine et qui possèdent souvent une expérience clinique? Nous justifions cette situation par le manque d'expérience canadienne.

Je suis un diplômé étranger et je reconnaiss que j'ai dû apprendre les rouages du système de santé canadien, mais c'est assurément possible de le faire avec une courte formation.

La sénatrice Poirier : Ma deuxième question s'adresse au Dr Musto.

À la fin de votre exposé, lorsque vous avez présenté vos recommandations, vous avez beaucoup parlé des interprètes qui pourraient aider à améliorer la situation. Y a-t-il des statistiques qui nous donneraient une idée du nombre de personnes nécessaires pour répondre aux besoins? Êtes-vous d'avis que les services d'interprétation apaiseraient certaines des frustrations possibles lorsqu'on ne peut pas avoir accès aux soins dans la langue de son choix? Devrait-on axer les efforts sur l'offre des services d'interprétation ou continuer de chercher du personnel bilingue sur place immédiatement? Les deux approches diffèrent-elles? Je voudrais vous entendre plus en détail sur le sujet, si possible.

Dr Musto : Bien sûr, merci. En Alberta, où il y a un système de santé intégré à l'échelle de la province, nous avons principalement recours à un service en ligne. Pour certaines langues, il est possible d'avoir des interprètes sur place, mais les services sont en grande partie offerts par téléphone ou en ligne. En cas de besoin, on peut faire appel à un interprète dans la paire de langues appropriée en quelques minutes.

Je ne sais pas exactement où se trouvent les interprètes de cette ligne téléphonique. Ils ne sont peut-être pas au Canada. Dans ce cas-ci, il ne s'agit pas de devoir former des interprètes.

Pourriez-vous répéter la deuxième partie de votre question?

La sénatrice Poirier : Nous nous concentrons surtout sur les questions touchant les gens qui demandent un service dans l'une des langues officielles du pays. Parfois, le problème est la capacité de recruter suffisamment de personnes pour répondre aux besoins.

Les services d'interprétation peuvent toujours être utiles. Pensez-vous que le pays devrait se concentrer sur la bonification immédiate des services d'interprétation pour répondre aux besoins? Il nous faut plus d'effectifs. C'est l'un des aspects principaux que nous entendons partout : le manque d'effectifs dans les langues nécessaires. Nous en entendons beaucoup parler. Toutefois, vous semblez dire que l'interprétation pourrait être beaucoup plus efficace dans certaines régions du pays. C'est si je vous comprends bien. Autrement, il faudrait des années et des années pour obtenir le personnel formé nécessaire à l'offre des services d'interprétation en personne.

Dr. Musto: Right. Because of the availability of these language lines, we can at least have the service available. We still need to train staff in order to use it appropriately. That was the reason for my comment about evaluation. Essentially, we have access to the interpreters now, but we do need to continue emphasizing the recruitment of people with various language skills.

Senator Poirier: Can we have enough people to do interpretation across the country? Are there any statistics to show how many people we would need to do that, to answer that need?

Dr. Musto: Again, it's a matter of picking up the telephone for us in Alberta. There is no number of people whom we have to train. Rather, we need to train our staff to use it appropriately. We need to get past barriers such as "Oh, it takes too long. I don't want to bother with that."

Senator Poirier: Thank you.

[*Translation*]

Senator Mégie: My question is for Dr. Musto.

In your studies on interpretation, did you measure bias? For example, when the patient has something to confide, are they more likely to do so when they are accompanied by a family caregiver than they would be if a complete stranger is doing the interpretation? Have you looked into that?

[*English*]

Dr. Musto: There's actually very limited research on that. The research that has been done gives preference to professionally trained interpreters. The main challenge for the health care worker is availability. That's probably what I would say on that. I am sorry, I had another idea to share, but I have forgotten it at the moment.

[*Translation*]

Senator Mégie: If it might jog your memory, I was asking about the reliability of using a family caregiver as an interpreter as opposed to someone who is brought in by phone.

[*English*]

Dr. Musto: Well, the people who are brought in by phone are trained in interpreting in health services. What happens too often is interpretation by a staff member who uses the language but who may not actually be an interpreter. It may be a cleaning staff member or another health professional who is not involved in

Dr Musto : D'accord. Grâce à cette ligne téléphonique, nous pouvons à tout le moins offrir ce service. Il faut tout de même former le personnel pour qu'il l'utilise de façon appropriée. C'est pour cette raison que j'ai parlé d'évaluation. Essentiellement, nous avons accès à des interprètes en ce moment, mais nous devons continuer à miser sur le recrutement de gens aux diverses compétences linguistiques.

La sénatrice Poirier : Peut-on avoir des effectifs suffisants pour offrir des services d'interprétation à l'échelle du pays? Y a-t-il des données indiquant le nombre de personnes qui seraient nécessaires pour y arriver, pour répondre aux besoins?

Dr Musto : Encore une fois, en Alberta, nous utilisons un service téléphonique. Nous n'avons pas un nombre de personnes à former. Plutôt, nous devons former notre personnel pour qu'il utilise cet outil de façon appropriée. Nous devons éliminer les obstacles pour que les gens ne se disent pas : « Oh, c'est trop long, je laisse tomber. »

La sénatrice Poirier : Merci.

[*Français*]

La sénatrice Mégie : Ma question s'adresse au Dr Musto.

Dans vos études au sujet de l'interprétation, est-ce qu'on a mesuré les biais? Par exemple, lorsque c'est un proche aidant qui accompagne le patient et que le patient a des confidences à faire, par opposition à un étranger que le patient ne connaît pas du tout, est-ce qu'il serait plus à l'aise de se confier? Avez-vous étudié cette facette?

[*Traduction*]

Dr Musto : En fait, il y a très peu de recherches à ce sujet. Les recherches qui ont été menées privilégièrent le recours à des interprètes ayant reçu une formation professionnelle. Le principal défi pour les travailleurs de la santé, c'est la disponibilité. C'est probablement ce que je voudrais dire à ce sujet. Je suis désolé, j'allais dire autre chose, mais j'ai perdu le fil de mes idées.

[*Français*]

La sénatrice Mégie : Sur le plan de la fiabilité, si ça peut vous donner une idée plus précise, en utilisant un proche aidant comme interprète par opposition à quelqu'un qui utilise une ligne téléphonique.

[*Traduction*]

Dr Musto : Les personnes qui offrent le service téléphonique ont une formation en interprétation dans le milieu de la santé. Ce qui arrive trop souvent, c'est qu'on a recours à un membre du personnel qui maîtrise la langue, mais qui n'est pas un interprète en tant que tel. Ce peut être un employé du personnel d'entretien

that individual's care nor knowledgeable about the issues that person is presenting with. There's a concern there that, again, the accuracy of the interpretation will not be appropriate.

[*Translation*]

Senator Mégie: Thank you, sir.

My next question is for Dr. Wijeratne.

I think I heard you mention that some provinces began introducing provisional licences during the COVID-19 crisis to get more internationally trained professionals working faster. Do you have any data from the provinces that have been doing that?

[*English*]

Dr. Wijeratne: During COVID, Alberta, Saskatchewan and Ontario had such a mechanism in place. To my knowledge at the moment, Ontario does not continue to do so. I can't speak to the other provinces, because I practise in Ontario.

As I said before, that model is fantastic because we have the knowledge and the skills already available. Especially in the context of primary care and urgent care, I think that's a valuable resource we can tap into, to mitigate some of the wait times and the patient load for sure.

Also, I'm proposing to have is a supervised system where there will be better integration of these graduates, similar to what we currently work on as a physician-assistant model.

[*Translation*]

Senator Mégie: Thank you. I know it is difficult because a team of senators with medical expertise conducted a study. We called on medical schools and colleges of physicians from the various provinces to go back to this method, and they were passing the buck back and forth.

Who should we be looking to in order to adopt this approach?

[*English*]

Dr. Wijeratne: I'm cognizant of not making any political commitments and statements. My view is purely based on my knowledge as a clinician and my colleagues with whom I've worked that have international training. I know that people like me are capable and they have the ability. They have done their credentialing and their exams. These types of people should be

ou un autre professionnel de la santé qui ne fait pas partie de l'équipe offrant des soins à la personne ou qui ne connaît pas les problèmes qu'elle présente. On peut craindre, encore une fois, que l'interprétation ne soit pas précise.

[*Français*]

La sénatrice Mégie : Merci, monsieur.

Ma prochaine question s'adresse au Dr Wijeratne.

Il me semble que j'ai entendu dire que certaines provinces avaient commencé à introduire le permis d'exercice provisoire, lors de la crise de la COVID-19, pour accélérer l'entrée sur le marché des professionnels formés à l'étranger. Avez-vous des données sur les provinces qui ont lancé cela?

[*Traduction*]

Dr. Wijeratne : Pendant la COVID, l'Alberta, la Saskatchewan et l'Ontario ont mis en place un tel mécanisme. À ce que je sache, l'Ontario n'en a plus. Je ne peux pas me prononcer sur les autres provinces parce que j'exerce mon métier seulement en Ontario.

Comme je l'ai dit plus tôt, ce modèle est fantastique parce que les professionnels ont déjà les connaissances et les compétences nécessaires. Dans le contexte des soins primaires et des soins d'urgence en particulier, je pense que c'est une ressource précieuse dont il faut tirer parti, qui peut certainement contribuer à raccourcir les temps d'attente et réduire le nombre de patients par professionnel.

Je propose également de mettre en place un système de supervision pour mieux intégrer ces diplômés, d'une façon similaire à ce que nous faisons avec le modèle pour les adjoints au médecin.

[*Français*]

La sénatrice Mégie : Merci. Je sais que c'est difficile, parce qu'il y a une équipe de médecins sénateurs qui avaient entamé une étude. On a fait appel aux facultés de médecine et aux collèges de médecins des différentes provinces pour relancer cette méthode, et ils se renvoient la balle de l'un à l'autre, d'un ministère à un collège.

Vers quelle instance devrait-on se diriger pour adopter ce programme?

[*Traduction*]

Dr. Wijeratne : J'évite les engagements et les déclarations politiques. Mon point de vue se fonde uniquement sur mes connaissances à titre de clinicien et sur l'expérience de mes collègues qui ont été formés à l'étranger. Je sais que les gens comme moi ont les capacités nécessaires. Ils ont obtenu les titres de compétences et ils ont passé les examens. Les personnes avec

recognized, ideally in the mainstream, if not with other secondary options that are available, similar to a physician-assistant program.

I am unable to comment about who should be making that decision, but I do know that the resources are available and it's a fantastic resource that we can tap into.

[Translation]

Senator Mégie: Thank you. I have a question for Ms. Loiselle. I'm from Quebec, and when I say that English speakers in Montreal have a harder time getting treated in their language at hospitals, people look at me and ask me if I'm joking because, in everyday life, everything on the other side of Saint-Laurent Boulevard is English, even the hospitals.

I know that the workforce isn't the same everywhere, so can you tell us, based on your research, in what regions of Quebec English speakers are more affected by a lack of services in their language?

Ms. Loiselle: It depends on whether the institution is designated bilingual. Of course, it would be easier to get bilingual services or English services in a CIUSS in west-central Montreal.

People would have a harder time in other regions where there are no CIUSSes that are designated bilingual.

Take for example, the CIUSSs in Montérégie or the Eastern Townships. In some regions, such as Abitibi-Témiscamingue, it is more difficult to get such services. When we talk to people and meet with the teams in those areas, we see that English speakers have a harder time getting care in their own language. There is also Quebec City, where there are military colleges, and people come from all over Canada. When these people need to access care in Quebec City, they face language barriers.

Senator Mégie: Thank you.

Senator Moncion: My first question is for Ms. Loiselle. You mentioned language barriers. I find that odd because, when we spoke to people in the North, we learned that they use interpretation services, but they often do it using a tablet because sometime people up north do not speak French or English. They speak Inuktitut. Health care professionals there manage to provide services to their patients using tablets that they carry around with them. That is what we were told. Why could this type of service not be offered to English speakers in rural areas who need to express themselves in one language or the other?

Ms. Loiselle: When you talk about tablets, are you talking about communicating using a tablet like an iPad?

ce profil devraient être reconnues, idéalement de façon générale, sinon avec d'autres options secondaires disponibles, qui seraient semblables au programme pour les adjoints au médecin.

Je ne peux pas me prononcer sur qui devrait prendre cette décision. Je sais toutefois que nous disposons de cette ressource fantastique dont nous pouvons tirer parti.

[Français]

La sénatrice Mégie : Merci. J'ai une question pour Mme Loiselle. Je viens du Québec et à Montréal, lorsque j'affirme que les personnes anglophones ont plus de difficulté à obtenir des soins dans leur langue dans les hôpitaux, on me regarde et on me demande si c'est une blague, parce que dans la vie de tous les jours, lorsqu'on traverse le boulevard Saint-Laurent, tout est anglophone, même les hôpitaux.

Selon vos recherches, pouvez-vous nous indiquer — parce que je sais que les effectifs ne sont pas les mêmes partout — quelles sont les régions du Québec où les gens souffrent davantage de ce manque sur le plan linguistique?

Mme Loiselle : Selon la désignation des institutions qui sont considérées comme bilingues, il est certain que dans un CIUSS du Centre-Ouest, on aura plus de facilité à obtenir des services bilingues, donc des services en anglais également.

Lorsqu'on va dans d'autres régions où les CIUSS n'ont pas de désignation bilingue officielle, c'est là qu'on a plus de difficulté.

Cela peut être des CIUSS de la Montérégie ou des Cantons-de-l'Est. Il y a des régions où c'est plus difficile, comme l'Abitibi-Témiscamingue, où lorsqu'on parle aux gens et qu'on rencontre les équipes, on voit que les personnes anglophones ont plus de difficulté à recevoir des soins en anglais. Il y a aussi Québec, où il y a des collèges militaires et des gens qui viennent de partout au Canada; lorsqu'elles ont besoin de soins à Québec, il y a aussi des barrières linguistiques pour ces personnes.

La sénatrice Mégie : Merci.

La sénatrice Moncion : Ma première question s'adresse à Mme Loiselle. Vous avez parlé de barrières linguistiques. Je trouve cela curieux, parce qu'on a parlé à des gens dans le Nord et ils utilisent des services d'interprétation, mais c'est souvent au moyen de tablettes, parce que dans le Nord, on ne parle pas souvent le français ou l'anglais, mais plutôt l'inuktitut. Ils réussissent à servir leurs patients grâce à des tablettes avec lesquelles ils se promènent. C'est ce qu'on nous avait dit. Pourquoi ce genre de service ne pourrait-il pas être mis à la disposition des anglophones en milieu rural qui ont besoin de s'exprimer dans l'une ou l'autre des langues?

Mme Loiselle : Lorsque vous parlez de tablettes, vous voulez dire une tablette comme un iPad où les gens échangent?

Senator Moncion: That is what we were told is being done up north. They have what is called fly-in staff. Often the patients don't speak English or French, so the doctors have to speak to them in Inuktitut and they manage to treat those patients. We heard the same about northern Quebec and the Northwest Territories, where there are 26 or 27 languages spoken. Patients are still getting treated. Meanwhile, people in some provinces are having a hard time getting treated in French or English because of a lack of interpretation. I have a hard time understanding that way of thinking when we have technologies that can give us access to the information in another language.

Ms. Loiselle: There are all sorts of interpretation and professional interpretation technologies available.

In a CLSC where there are 100 languages spoken, a person can come in and, within one minute, the staff can connect to a professionally trained interpreter online. These services are available and used in CLSCs. There were some questions earlier about interpretation. According to the work Sarah Bowen has done in Canada, professional interpretation is much better when it comes to reducing errors and bias. Yes, there is evidence that professional interpretation works better than using untrained interpreters. I wanted to mention that because the subject was raised earlier. The research shows that fewer medical mistakes are made when professional interpreters are used.

It is worth exploring the online interpretation services that are available with various companies, but when we are talking about the official minority language, then the ideal situation would be to have bilingual health care professionals just about everywhere. I am a nurse and psychologist by training. Things happen very fast in a clinical setting, so it helps a lot and it greatly reduces miscommunication and mistakes when staff members are proficient in the language.

As we enhance our knowledge in this area, I think that we need to differentiate between interpretation for community care and interpretation for hospital care. That is my position.

Senator Moncion: Thank you very much. My next question is for Dr. Wijeratne. You spoke about access, or about barriers and credential recognition.

[English]

That is, recognizing credentials from doctors who are coming from other countries. You said that you did not necessarily have a solution to provide for fixing the problem when physicians come here to Canada and want to practise. There's a program in Winnipeg — and I'm sure you're aware of that program —

La sénatrice Moncion : C'est ce qu'on nous disait pour le Nord. Ils sont ce qu'on appelle des *Fly in*. Les patients ne parlent ni anglais ni français, donc les professionnels doivent s'adresser à ces gens en inuktitut, mais ils réussissent à offrir des services. Dans le nord de la province, on a eu la même information, tout comme dans les Territoires du Nord-Ouest, où il y a 26 ou 27 langues différentes parlées, mais ils réussissent à offrir les services. On arrive dans certaines provinces et on a de la difficulté à offrir des services en français ou en anglais à cause du manque d'interprétation. J'ai de la difficulté à comprendre cette façon de penser lorsqu'on a des technologies qui nous permettent d'avoir accès à l'information dans une langue.

Mme Loiselle : En fait, il y a toutes sortes de technologies qui sont disponibles pour faire de l'interprétation et de l'interprétation professionnelle.

Dans un CLSC où il y a 100 langues parlées, une personne peut entrer dans le cabinet et le personnel est capable de se connecter en une minute à distance avec un interprète formé professionnellement. Ce sont des services disponibles et ils sont utilisés dans les CLSC. Tout à l'heure, il y a eu des questions sur l'interprétation. Les travaux de Sarah Bowen au Canada montrent qu'une interprétation professionnelle est bien préférable en ce qui concerne la réduction des erreurs et des biais dans les communications. Oui, il y a des preuves que l'interprétation professionnelle est préférable à l'interprétation simple. Je voulais en parler, car le sujet a été soulevé plus tôt. Les travaux montrent qu'il y a moins d'erreurs médicales quand on se sert de l'interprétation professionnelle.

Les services d'interprétation en mode virtuel avec différentes compagnies sont aussi une chose qu'on peut explorer, mais lorsqu'on parle de langue minoritaire officielle, un cadre où on aurait des professionnels de la santé bilingues un peu partout serait l'idéal. Je suis infirmière et psychologue de formation et lorsqu'on est dans une situation clinique où les choses se passent très rapidement, il est certain qu'être compétent dans une langue aide beaucoup et diminue la mauvaise communication et les erreurs.

Dans notre développement des connaissances par rapport à toute cette question, je crois qu'il faut distinguer l'interprétation des soins communautaires ou des soins hospitaliers. C'est ma position.

La sénatrice Moncion : Merci beaucoup. Ma prochaine question s'adresse au Dr Wijeratne. Vous avez parlé d'accès, c'est-à-dire les barrières ou la reconnaissance.

[Traduction]

Je veux parler de la reconnaissance des titres de compétences pour les médecins qui viennent d'autres pays. Vous avez dit que vous n'avez pas nécessairement une solution à proposer pour régler le problème lorsque des médecins viennent au Canada et veulent exercer leur métier. À Winnipeg, il y a un programme —

where doctors come from abroad and they are integrated into the program. Within a year, they get their credentials and they can become physicians in Winnipeg.

Is this a program that could be broadened to the whole country and maybe help with the fact that we have physicians that could be recognized and become —

Dr. Wijeratne: To answer this question, 100%. I'm an advocate for that, and that can be implemented across Canada. It's not that we don't have eligible candidates. Within each province we have such eligible candidates. How that leads into whether they'll be hired mainstream versus using some type of monitored and supervised mechanism, that's up for discussion, but the integration piece is required, and in my opinion, it is generalizable to all across Canada.

If I may give a small opinion on your previous question about access, that's the very point that I'd like to make, because in this discussion, we do have a lot of assumptions that language is a barrier. We need to support it, and I completely agree. But I think the part that we are missing is the study of that and the research of that.

Why I think that is important is if we don't measure health outcomes that are related, the patient satisfaction that is related, the patient-related outcomes, I think we are missing the point, and that's the very reason. We have the infrastructure to do that.

As a population researcher, I can tell you that there are health administrative-related databases, especially in Ontario, that can be linked to the Immigration, Refugees and Citizenship Canada, or IRCC, and immigration database, and that's the work that I do. The IRCC database has information on their language proficiency, information on citizenship and last country of permanent residence. These are all health determinants that we can study.

The advantage of that is not only are we able to monitor health outcomes over time but also identify vulnerable, targeted populations that we can then specifically develop informed strategies looking at those vulnerable populations, and that's the very point that I wanted to emphasize. As a Senate committee, if you can facilitate some funding to do that type of research, for people like us, that would be super helpful not only to understand the knowledge gaps, but also moving forward to see how the interventions make a change in patient care and outcomes.

Senator Clement: Thank you to all the witnesses. I'll start with Dr. Wijeratne and continue on the point you just raised. Was that where you were going when you were raising the healthy immigrant factor?

et je suis certaine que vous le connaissez — qui intègre les médecins venant de l'étranger. En un an, ils obtiennent leurs titres de compétences et peuvent devenir médecins à Winnipeg.

Un tel programme pourrait-il être étendu dans l'ensemble du pays pour peut-être contribuer à la reconnaissance des titres de compétences des médecins et leur permettre de devenir...

Dr Wijeratne : Pour répondre à la question, oui, tout à fait. C'est une approche que je défends et qui peut être mise en place dans l'ensemble du Canada. Le problème n'est pas l'absence de candidats admissibles. Nous en avons dans toutes les provinces. S'il faut discuter du processus exact, s'ils sont embauchés de façon régulière ou soumis à un mécanisme de supervision, la question de l'intégration est incontournable et, à mon avis, peut être généralisée à l'ensemble du Canada.

Si je peux me prononcer rapidement sur votre question précédente à propos de l'accès, c'est exactement le point que je voudrais faire valoir. Dans le cadre de cette discussion, il y a toutes sortes d'hypothèses selon lesquelles la langue est un obstacle. Je suis entièrement d'accord qu'il faut soutenir l'accès. Je crois toutefois que la recherche à ce sujet est négligée.

Je pense que c'est important parce que si nous ne mesurons pas les résultats de santé qui y sont associés, soit la satisfaction et les résultats pour le patient, nous passons à côté de l'essentiel. C'est la raison même des services. Nous avons l'infrastructure pour le faire.

À la lumière de mon expérience en recherche populationnelle, je peux vous dire qu'il existe des bases de données sur l'administration de la santé, en particulier en Ontario, qui peuvent être liées à la base de données d'Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada. C'est le travail que je fais. La base de données d'Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada a de l'information sur les compétences linguistiques, sur la citoyenneté et sur le dernier pays de résidence permanente. Ce sont tous des déterminants de la santé que nous pouvons étudier.

L'avantage, c'est que nous sommes en mesure de surveiller les résultats de santé au fil du temps, en plus d'identifier les populations vulnérables et ciblées afin d'ensuite élaborer des stratégies éclairées pour elles. C'est exactement le point sur lequel je veux insister. En tant que comité sénatorial, si vous pouviez faciliter l'octroi de fonds pour ce type de recherches, pour les personnes comme nous, ce serait extrêmement utile pour relever les lacunes dans les connaissances, mais aussi pour déterminer comment les interventions changent les soins et les résultats pour les patients.

La sénatrice Clement : Je remercie tous les témoins. Je me tourne d'abord vers le Dr Wijeratne sur le même sujet. Est-ce là où vous vouliez en venir lorsque vous avez parlé du facteur de l'immigrant en bonne santé?

Dr. Wijeratne: Absolutely, it's only through research recently that we acknowledged that an immigrant coming into the country may have certain health care access parameters that are better than a long-standing Canadian resident. We do know that they probably use primary care more. They're likely seeking more primary care, and that may last up to about five years.

But what we don't know is how that actually transpires into different disease models, cancer and chronic disease. What we don't know is, does this continue on to curative treatment? If a person develops a cancer, do they get the appropriate therapy and does that actually change outcomes? There are so many unanswered questions, and that's why I think it's important.

In some of the preliminary work that we have done, I've looked at language proficiency and adverse drug events with blood thinners, and in fact, these patients who are immigrants may have less unplanned health care visits, so that needs to be studied more. Patients with limited language proficiency, in fact, because of their caregiver support, may have less urgent care visits.

These are some of the hypotheses that we need to identify without making assumptions — I'm not discrediting the need. The need is there, we need to find solutions. Studying that more systematically would be super helpful so we can do targeted interventions.

Senator Clement: You had this idea about a dynamic repository of languages within an institution, so understanding the inventory of people who can provide services. But you're presumably a busy doctor. You wouldn't necessarily be able to leave your practice to provide. I'm interested in how you make space for non-official languages in a space? How would you use such a repository? Do you have an example of where you used your language to provide services to a patient and that made a difference?

Dr. Wijeratne: Absolutely. Right now in the ward that I work, if there's a patient who speaks my native language, I would probably know. Even within the hospital, no one would know. To operationalize this, I think it's quite simple.

Number one, you identify people working in the hospital who have some medical background, so it has to be a health care worker, physician, et cetera. If that repository is documented and linked to an electronic medical record or an on-call registry, that would be a very valuable resource.

Dr Wijeratne : Tout à fait. C'est seulement au moyen de recherches récentes que nous avons relevé que certains paramètres d'accès aux soins de santé pourraient être meilleurs pour un immigrant que pour un résident canadien de longue date. Nous savons que les immigrants utilisent probablement plus les soins primaires. Ils sont plus susceptibles de recourir davantage aux soins primaires, possiblement jusqu'à cinq ans après leur arrivée.

Ce que nous ignorons, ce sont les répercussions sur les différents modèles de maladies, comme le cancer et les maladies chroniques. Ce que nous ne savons pas, c'est si la tendance s'observe aussi dans les traitements curatifs. Si une personne développe un cancer, obtient-elle la thérapie appropriée et y a-t-il des effets sur les résultats? Tant de questions demeurent sans réponse, et c'est pourquoi je pense que c'est important.

Dans une partie des travaux préliminaires que nous avons faits, je me suis penché sur les compétences linguistiques et les effets indésirables des médicaments anticoagulants. En fait, les patients immigrants pourraient avoir moins de consultations en soins de santé non planifiées. Il faudrait donc étudier cette question davantage. Les patients aux compétences linguistiques limitées pourraient avoir moins de consultations d'urgence en raison du soutien de leur aidant.

Ce sont là quelques hypothèses qu'il faut vérifier au lieu de faire des suppositions — je ne remets pas en question le besoin. Le besoin est bien là. Nous devons trouver des solutions. Une étude plus systématique de cet aspect serait très utile pour nous permettre de faire des interventions ciblées.

La sénatrice Clement : Vous avez soulevé l'idée d'un répertoire dynamique des langues parlées au sein d'un établissement donné pour avoir une liste des personnes qui peuvent offrir les services. Or, vous êtes vraisemblablement un médecin occupé. Vous ne seriez pas nécessairement en mesure de prendre une pause dans votre travail pour offrir votre aide. Je me demande comment il est possible de créer un espace pour les langues non officielles. Comment un tel répertoire serait-il utilisé? Avez-vous un exemple où vous avez utilisé vos connaissances linguistiques pour offrir des services à un patient et où votre aide a fait une différence?

Dr Wijeratne : Bien sûr. Dans le service où je travaille en ce moment, s'il y a un patient qui parle ma langue maternelle, je serai probablement au courant. Toutefois, ailleurs dans l'hôpital, personne ne saurait que je parle cette langue. Je pense que ce serait plutôt simple à mettre en place.

D'abord, il faut identifier les personnes dans l'hôpital qui ont une formation médicale. Ce doit être des professionnels de la santé, des médecins, etc. Si le répertoire était alimenté et lié à un dossier médical électronique ou à un horaire de garde, il serait très utile.

Everyone works on a shift basis. When I'm not on clinical service, I would love to know about that type of thing. With modern-day technology, it could be an app that would have a notification, saying there's a patient in this ward who is in need of interpretation, and you can accept it or decline it based on your availability. It expands the resources that are available and having a small incentivized model.

For example, as a clinician, I do e-consults, so the family doctor is using a portal, email me clinical questions, and it takes about 15 to 20 minutes for me to answer that, and I do that during my spare time when I'm not on a clinical service.

A small incentivized mechanism can, I think, be implemented well. I know it's institution-specific. This something doable with the existing resources that we have.

Senator Clement: Thank you. Professor Loiselle, you gave quite a lot of statistics around different populations having different barriers, and you mentioned Black English speakers, referring to intersectionality there. Have you studied the impact of that? I know you have a number, but have you studied how that affects their access to care?

You also talked about language training initiatives having a real-world impact. How do we do that with a very busy health care provider schedule? How do we make that possible for them to actually have the time to take language training?

Ms. Loiselle: The first part of your question was around a study that Dialogue McGill funded. Researchers at McGill studied — during COVID especially — the mental health and physical health of Black, French speaking and Black English speakers, so looking at the differences between them, and documenting that there were more negative issues among the Black English speakers than the Black French speakers. That was the work that was done we funded. I can definitely provide more information on the report for this study. Your second question was —

Senator Clement: Which training initiatives have a real-world impact? And I'm wondering how you insert that into a busy health care provider schedule.

Ms. Loiselle: COVID had the advantage of having most of our language courses now on line, virtual, so some are synchronous and some are asynchronous. We have an increase in the number of professionals taking our courses because they can take them outside working hours. We provide incentives, bonuses. They are more symbolic, but we are providing bursaries for students who are in health and social service programs, doing their bachelors to take language classes, and we have used those

Tout le monde travaille par quart. Lorsque je n'offre pas de services cliniques, j'aimerais être tenu au courant de ce type de choses. Avec les technologies modernes, on pourrait utiliser une application qui envoie un avis lorsqu'un patient a besoin d'un interprète, puis l'utilisateur pourrait accepter ou refuser selon ses disponibilités. Cette façon de faire bonifie les ressources disponibles et repose sur un modèle de léger encouragement.

Par exemple, en tant que clinicien, je fais des consultations électroniques. Le médecin de famille utilise un portail pour m'envoyer ses questions d'ordre clinique, et je lui réponds en 15 à 20 minutes. Je le fais dans mon temps libre lorsque je n'offre pas des services cliniques.

Un petit mécanisme d'encouragement peut également être mis en place, selon moi. Je sais que cette question diffère d'un établissement à l'autre. C'est quelque chose qui est faisable avec les ressources que nous avons en ce moment.

La sénatrice Clement : Merci. Madame Loiselle, vous nous avez fourni beaucoup de données sur les différentes populations qui se heurtent à divers obstacles. Vous avez mentionné les anglophones noirs et vous avez fait un lien avec l'intersectionnalité. Avez-vous étudié les répercussions de cet aspect? Je sais que vous avez des données, mais avez-vous étudié les effets sur l'accès aux soins?

Vous avez aussi parlé du fait que les initiatives de formation linguistique ont des répercussions concrètes. Comment peut-on procéder en tenant compte de l'horaire très chargé des fournisseurs de soins? Comment faire pour qu'ils aient le temps de suivre des formations linguistiques?

Mme Loiselle : La première partie de votre question touche à l'étude que Dialogue McGill a financée. Les chercheurs à McGill ont étudié — en particulier pendant la COVID — la santé mentale et la santé physique des francophones noirs et des anglophones noirs. En se penchant sur les différences entre les deux groupes, ils ont relevé plus de problèmes chez les anglophones que les francophones. C'est le travail que nous avons financé. Je peux bien sûr fournir plus d'information sur le rapport qui a ensuite été présenté. Votre deuxième question portait...

La sénatrice Clement : Quelles initiatives de formation ont des répercussions concrètes? Je me demande comment elles peuvent être intégrées à l'horaire chargé d'un fournisseur de soins.

Mme Loiselle : Un des avantages de la COVID, c'est que la plupart de nos cours de langue sont maintenant offerts en ligne, que ce soit en mode synchrone ou asynchrone. Plus de professionnels suivent maintenant nos cours parce qu'ils peuvent le faire en dehors des heures de travail. Nous offrons des mesures incitatives, des primes. Elles ont surtout une valeur symbolique, mais nous versons des bourses aux étudiants des programmes de santé et de services sociaux qui suivent des cours

incentives to make sure that we have people taking the courses, and it shows because 1,750 a year are taking our English courses. That is a good number, and it's repeated.

I think we've had success. We're hoping to increase that number if we can, but it shows that there is an interest in language courses for health care professionals, yes.

Senator Clement: Thank you.

The Chair: I have a couple of minutes to ask some questions too. My questions are focused on what the federal government can do to help solve the issues that you all raised.

I will start with Dr. Musto. You spoke about national standards in health care. Did I understand well that you mean language national standards in health care? Is what that you were talking about?

Dr. Musto: Yes. All of our health services are accredited by, for example, Accreditation Canada, and there are standards that institutions must comply with in order to continue to be accredited. I would like to see a standard around the availability of competent interpretation services that each institution must offer to their clients.

The Chair: Do you have an idea what the federal government could do in either its agreements with the provinces and territories or how it could help achieve that goal?

Dr. Musto: First, through dialogue with institutions like Accreditation Canada. It's important to approach them directly. I don't think the provinces would need to be consulted because the standards are developed based on the evidence in the literature. The different institutions — not so much the province, the government, but the institutions — collaborate on the development of the standards. Again, the touchstone is what does the literature say?

The Chair: Thank you for that. Health in Canada is a big issue. It is a whole ecosystem. What can the federal government do in terms of research? You spoke about the difficulty, the need for data and for more information. Do you have any idea what the federal government could do in terms of research? Do you think, for example, that language should be a determinant of health? Should it be part of that? Should we revise or review the Canada Health Act to include specific comments on official

de langue dans le cadre de leur baccalauréat. Nous avons utilisé ces mesures incitatives pour que les gens s'inscrivent aux cours. C'est efficace parce que 1 750 personnes suivent nos cours d'anglais par année. C'est un bon nombre, et il se répète d'une année à l'autre.

Je pense que nous avons obtenu des résultats. Nous espérons accroître le nombre de personnes si possible, mais on peut déjà constater que les professionnels de la santé ont bel et bien un intérêt envers les cours de langue.

La sénatrice Clement : Merci.

Le président : J'ai moi aussi quelques minutes pour poser des questions. Je me concentrerai sur ce que le gouvernement fédéral peut faire pour résoudre les problèmes que vous avez tous soulevés.

Je me tourne d'abord vers le Dr Musto. Vous avez parlé de normes nationales en matière de santé. J'ai cru comprendre que vous vouliez dire des normes linguistiques nationales en matière de santé. Est-ce bien ce dont vous parlez?

Dr Musto : Oui. Tous nos services de santé sont agréés, par exemple, par Agrément Canada. Les établissements doivent respecter des normes pour conserver leur agrément. J'aimerais qu'une norme soit établie sur la disponibilité des services d'interprétation compétents que chaque établissement doit offrir à sa clientèle.

Le président : Avez-vous une idée de ce que le gouvernement fédéral pourrait faire, que ce soit au moyen de ses ententes avec les provinces et les territoires ou autrement, pour aider à atteindre cet objectif?

Dr Musto : Il faut d'abord établir un dialogue avec des organismes comme Agrément Canada. Il est important de communiquer directement avec eux. Je ne pense pas que les provinces doivent être consultées parce que les normes sont établies en fonction des données probantes. Les différents établissements — ce sont surtout les établissements, et non pas les provinces ou les gouvernements — collaborent à l'élaboration des normes. Encore une fois, la pierre angulaire, c'est ce que dit la littérature.

Le président : Merci de votre réponse. La santé au Canada est un gros dossier. C'est tout un écosystème. Que peut faire le gouvernement fédéral en ce qui concerne la recherche? Vous avez parlé de la difficulté à cet égard, du besoin de données et d'information. Avez-vous des suggestions sur ce que peut faire le gouvernement fédéral pour la recherche? Pensez-vous, par exemple, que la langue devrait faire partie des déterminants de la santé? Devrait-elle être incluse dans les facteurs? Devrions-nous

languages so that the federal government could help provinces and territories better? What are your thoughts on that, Dr. Wijeratne and others?

Dr. Wijeratne: I think there are two components to that question. The first component is that language is important. It is a determinant, but it is one determinant of many. I can speak to immigrant cohorts.

As I mentioned before, a multitude of things go on with language, for example, the different roles that individuals pose. In certain cultures, it's unnatural for patients to seek attention and speak to a physician. That is usually channelled through a family member. That's just one example. Understanding and having a more wholistic approach to be able to look at these variables not only from population-level registries but also from qualitative work. We have that infrastructure. That's the key thing I want to emphasize. There are researchers within that infrastructure currently doing that work and they need an enabling piece which might be simply funding for an analyst and a qualitative researcher. We know the questions that need to be answered. We know what the potential hypothesis is, namely, the federal government funding is available for this type of work, that would be super helpful to bridge these knowledge gaps.

The Chair: Do you want to comment, Ms. Loiselle?

Ms. Loiselle: Yes. Your question made me think about how the Canadian Institutes of Health Research decided at some point — because sex and gender were a significant determinant of health — that this would be part of all grants that they would have to address. I wonder if we should invite all researchers writing grants relating to health and social services to include language in their data analysis to see to what extent it is a social determinant of health and what the predictors of outcomes are when it comes to language. There could be a push to invite all initiatives that are research-based to include language and to see what we get. That would be one suggestion.

Increasingly, we are seeing professional interpreter tools being developed and offered as a fee for service. I think there is a role there for the government to see what exists out there. We have had two examples today. I know several in Montréal that are using different tools and pay a monthly fee to have access from 60 to 125 different languages — that is, professional virtual interpretation. That is the way to go for best practices. Is the government in a position to see what's out there? What are best practices? Which ones would be more promoted because there

revoir la Loi canadienne sur la santé pour y ajouter un engagement précis en matière de langues officielles afin que le gouvernement fédéral puisse mieux aider les provinces et les territoires? Qu'en pensez-vous, docteur Wijeratne? J'aimerais aussi entendre les autres témoins à ce sujet.

Dr Wijeratne : Je pense que cette question a deux aspects. D'abord, la langue est un facteur important, mais c'est un déterminant parmi tant d'autres. Je peux parler de la situation pour les cohortes d'immigrants.

Comme je l'ai déjà dit, une multitude de choses sont liées à la langue, par exemple les différents rôles joués par les personnes. Dans certaines cultures, il n'est pas naturel pour les patients de s'adresser à un médecin. Le processus passe généralement par un membre de la famille. Ce n'est qu'un exemple. Il faut en être conscient et adopter une approche plus globale pour pouvoir étudier ces variables dans le cadre des registres à l'échelle des populations, mais aussi pour effectuer du travail qualitatif. Nous avons cette infrastructure. C'est l'élément essentiel que je tiens à faire valoir. Des chercheurs au sein de cette infrastructure font ce travail et ils ont besoin d'une mesure habilitante, ce qui pourrait être simplement des fonds pour un analyste et un spécialiste de la recherche qualitative. Nous savons pour quelles questions nous devons obtenir des réponses. Nous savons quelle hypothèse doit être confirmée. Si des fonds du gouvernement fédéral étaient disponibles pour ce type de travail, ce serait extrêmement utile pour combler ces lacunes dans les connaissances.

Le président : Voulez-vous ajouter quelque chose, madame Loiselle?

Mme Loiselle : Oui. Votre question m'a fait penser au moment où les Instituts de recherche en santé du Canada ont décidé que le sexe et le genre — parce que ce sont d'importants déterminants de la santé — seraient intégrés à toutes les subventions qu'ils traiteraient. Je me demande si nous devrions inviter tous les chercheurs qui demandent des subventions liées à la santé et aux services sociaux à inclure la langue dans leur analyse des données pour établir dans quelle mesure elle est un déterminant social de la santé et quels sont les prédicteurs des résultats à cet égard. Des mesures pourraient être prises pour inviter toutes les initiatives fondées sur la recherche à inclure la langue pour ensuite étudier les résultats obtenus. Ce serait une suggestion.

De plus en plus, des outils d'interprètes professionnels sont mis au point et offerts contre des frais de service. Je pense que le gouvernement a un rôle à jouer en se penchant sur ce qui existe déjà. Nous avons eu deux exemples aujourd'hui. Je sais que plusieurs personnes à Montréal paient des frais mensuels pour utiliser différents outils qui offrent de 60 à 125 langues différentes — je parle ici d'interprétation virtuelle professionnelle. C'est la voie à emprunter en ce qui concerne les meilleures pratiques. Le gouvernement est-il en mesure de suivre

are doing a better job in terms of outcomes? I think there is a role there to get a bigger picture of what is being used right now as we speak.

Dr. Musto: If I might add, I certainly agree that it is a brilliant idea to have the Canadian Institutes of Health Research include something around language as a regular part of the applications. They can also do a competition around implementation science about implementing language interpretation. That would be a valuable thing to do.

In terms of different options, the one that we use in Alberta is actually available to many of our partners as well. Essentially, it makes it easier for providers. They don't have to look at which one they have to use for which person. It provides interpretation in 240 languages. In the past year, there were requests for over 100 languages. Almost a quarter of a million patients accessed that. Yet, I believe it is still under accessed. We need some research around implementation science. How do we do that better? What are the incentives? The federal government could have that role — that is, supporting research, getting the standards, accreditation groups and providing incentives to the provinces to actually implement that service.

For me, it's a quality care issue. When we see there is a patient harmed, it comes up. We must not allow that to continue.

The Chair: Thank you so much, Dr. Wijeratne, Ms. Loiselle and Dr. Musto for your recommendations. I think we heard today that professional interpretation is key in making sure that we can deliver services in both official languages throughout Canada. You will help our report for sure by your comments and recommendations and by your knowledge. Thank you very much.

[Translation]

Colleagues, we are resuming the meeting to continue our study on minority-language health services under the theme of health care professionals and post-secondary institutions.

We now welcome in person from the Alliance des femmes de la francophonie canadienne Nour Enayeh, president, and Soukaina Boutiyeb, executive director.

Good evening. Welcome and thank you for being with us.

We will start with your opening remarks and then move on to questions from senators.

Ms. Enayeh, the floor is yours.

ce qui se passe sur le terrain? Quelles sont les meilleures pratiques? Quelles approches seraient privilégiées parce qu'elles offrent de meilleurs résultats? Je pense que le gouvernement fédéral se doit d'avoir une vue d'ensemble de ce qui est utilisé en ce moment.

Dr Musto : Si je peux me permettre d'ajouter quelque chose, c'est certainement une idée brillante de faire en sorte que les Instituts de recherche en santé du Canada fassent de la langue un élément régulier des demandes. Ils pourraient aussi lancer un concours en science de la mise en œuvre portant sur la mise en place des services d'interprétation. Ce serait très utile.

Pour ce qui est des différentes options disponibles, celle qui est utilisée en Alberta est aussi offerte à de nombreux partenaires. Essentiellement, elle facilite les choses pour les fournisseurs. Ils n'ont pas à se demander quelle option utiliser pour une personne donnée. Ils ont accès à des services d'interprétation en 240 langues. L'an passé, il y a eu des demandes pour plus de 100 langues. Près d'un quart de million de patients en ont bénéficié. Je pense toutefois que cette option n'est pas encore assez utilisée. Nous avons besoin de recherche en science de la mise en œuvre. Comment faire mieux? Quelles sont les mesures incitatives? Le gouvernement fédéral pourrait jouer ce rôle, soit soutenir la recherche, établir des normes avec les groupes d'agrément et offrir des mesures incitatives aux provinces pour qu'elles mettent en œuvre ce service.

Pour moi, c'est la qualité des soins qui est en jeu. Lorsqu'un patient subit des préjudices, il en est question. Nous ne devons pas permettre à cette situation de perdurer.

Le président : Docteur Wijeratne, madame Loiselle, docteur Musto, merci beaucoup de vos recommandations. Je pense que nous avons entendu aujourd'hui que l'interprétation professionnelle est essentielle à la prestation de services dans les deux langues officielles à l'échelle du Canada. Il ne fait aucun doute que vos observations, vos recommandations et vos connaissances éclaireront notre rapport. Merci beaucoup.

[Français]

Chers collègues, nous reprenons maintenant nos travaux pour poursuivre notre étude sur les services de santé dans la langue de la minorité et sur le thème des professionnels de la santé et des établissements postsecondaires.

Nous accueillons en présentiel, de l'Alliance des femmes de la francophonie canadienne, Mme Nour Enayeh, présidente, et Mme Soukaina Boutiyeb, directrice générale.

Bonsoir, bienvenue et merci d'avoir accepté notre invitation.

Nous allons commencer par vos remarques préliminaires et nous passerons ensuite à une période de questions de la part des sénateurs.

Madame Enayeh, vous avez la parole.

Nour Enayeh, President, Alliance des femmes de la francophonie canadienne: Good evening, Chair and committee members.

On behalf of the Alliance des femmes de la francophonie canadienne, or AFFC, I would like to thank the Standing Senate Committee on Official Languages for giving us the opportunity to present our recommendations on minority-language health services.

My name is Nour Enayeh, and I'm the president of the AFFC. With me today is Soukaina Boutiyeb, the organization's executive director.

We are a feminist non-profit organization dedicated to raising awareness and promoting the role and contribution of the over 1.5 million francophone and Acadian women living in minority communities. The AFFC is fortunate to have the support of a network of 14 member organizations in eight provinces and one territory.

For the francophone and Acadian women we represent, accessible health care services in French are a priority. It is important to be able to use accurate and precise language to prevent misdiagnoses. The francophone and Acadian women's community and organizations must be involved when ensuring access to equitable health care and services in French in every province and territory and in promoting those services.

Although it is possible to talk about health in a general sense, it is important to recognize that francophone and Acadian women do not have the same needs. Our needs differ from those of men, and they differ from those of each other since we are not a homogenous group. Intersectionality is part of our identity, and our varied needs must be taken into account. We are francophone women who are white, racialized, young, older, immigrants and queer. We are women with disabilities, family caregivers and more. That is why it is so important to develop a national health care strategy for francophone and Acadian women.

What is more, a more comprehensive gender-based analysis plus is essential for our incredibly diverse communities. To do that, disaggregated data must be collected and considered. The lack of research on diversity shows that more funding is needed in that area.

We often think about health from a personal perspective, but many women provide care to other people. They are known as caregivers. Their work is essential, but it receives little or no recognition.

Nour Enayeh, présidente, Alliance des femmes de la francophonie canadienne : Bonjour, monsieur le président et mesdames et messieurs les membres du comité.

Au nom de l'Alliance des femmes de la francophonie canadienne (AFFC), j'aimerais remercier le Comité sénatorial permanent des langues officielles de nous offrir l'occasion de présenter nos recommandations au sujet des services de santé dans la langue de la minorité.

Je m'appelle Nour Enayeh et je suis présidente de l'AFFC. Je suis accompagnée aujourd'hui de Soukaina Boutiyeb, directrice générale de l'organisme.

Nous sommes un organisme féministe sans but lucratif voué à la sensibilisation ainsi qu'à la promotion du rôle et de la contribution de plus de 1,5 million de femmes francophones et acadiennes vivant en situation minoritaire. L'AFFC a la chance de compter sur un réseau de 14 organisations membres présentes à travers huit provinces et un territoire.

Pour les femmes francophones et acadiennes que nous représentons, l'offre de services de santé accessibles en français est une priorité. L'importance d'utiliser les mots justes et précis évite de poser de mauvais diagnostics. L'accessibilité à des soins et des services équitables en français dans chaque province et territoire et la promotion de ces services doit se faire en collaboration avec le milieu communautaire et les organismes de femmes francophones et acadiennes.

Bien qu'il soit possible de parler de la santé de façon générale, il faut reconnaître que les femmes francophones et acadiennes n'ont pas les mêmes besoins. En effet, nos besoins sont différents de ceux des hommes, mais également entre nous, puisque nous ne formons pas un groupe homogène. L'intersectionnalité fait partie de notre identité et il est nécessaire de tenir compte de nos besoins différenciés. Nous sommes des femmes francophones, blanches, racisées, jeunes, âgées, immigrantes, quers, en situation de handicap, proches aidants et plus encore. C'est pourquoi le développement d'une stratégie nationale en matière de santé pour les femmes francophones et acadiennes revêt son importance.

De plus, l'application d'une analyse comparative entre les sexes plus exhaustive est essentielle pour nos communautés qui sont fort diversifiées. Pour ce faire, la récolte et la prise en compte de données ventilées sont nécessaires. L'absence de recherche traitant de la diversité nous indique qu'il faut bonifier le financement en ce sens.

Nous pensons souvent à la santé sur le plan personnel, mais plusieurs femmes prodiguent des soins à d'autres personnes. Elles sont appelées personnes aidantes, ou proches aidantes. Leur travail est essentiel, mais peu ou pas reconnu.

Given that health affects many aspects of life, interdepartmental cooperation should be a given. That would make it possible to share health-related knowledge and ensure that the government is working with community organizations on the ground.

The AFFC would like to present the following recommendations to the committee. First, the federal government should develop a national health strategy for francophone and Acadian women that covers primary health care, mental health, long-term care, sexual and reproductive health and preventive health.

Second, the federal government should ensure that francophone and Acadian women have access to equitable services and to existing health resources and it should facilitate access to those services and resources by promoting them through various communications channels. Third, the federal government should require comprehensive gender-based analysis plus, or GBA+, and ensure that the results are made available to the public.

Fourth, the federal government should expand research funding and collect disaggregated data that takes into account the intersectionality of the population. Fifth, the federal government should enhance the caregiver tax credit to recognize the work of these individuals and provide them with financial support.

Sixth, the federal government should ensure interdepartmental co-operation on health issues, while taking into account a holistic view of the social determinants of health.

Mr. Chair and members of the Standing Senate Committee on Official Languages, I thank you for your attention. Soukaina Boutiyeb and I will be pleased to answer any questions that you may have.

The Chair: Thank you for your presentation and for those extensive recommendations.

Senator Moncion: Thank you, ladies, for being here with us today.

When you spoke about a lack of research, you mentioned caregivers, issues surrounding women's health care and the national strategy that you want the federal government to implement.

Can you tell us how the federal government could make that happen? I know that you are talking about developing equitable services and increasing funding for caregivers, likely through tax credits, for example. However, a national strategy that favours only one segment of the population may not be seen as

Considérant que la santé touche plusieurs aspects de la vie, la collaboration interministérielle devrait aller de soi. Cela permettrait de partager les connaissances en matière de santé, en plus d'assurer une collaboration sur le terrain avec le milieu communautaire.

L'AFFC présente au comité les quelques recommandations suivantes : premièrement, que le gouvernement fédéral développe une stratégie nationale en santé pour les femmes francophones et acadiennes couvrant notamment la santé primaire, la santé mentale, les soins de longue durée, la santé sexuelle et reproductive ainsi que la prévention de la santé.

Deuxièmement, que le gouvernement fédéral assure et facilite l'accès à des services équitables et aux ressources existantes en santé destinées aux femmes francophones et acadiennes en faisant la promotion au moyen de divers canaux de communications. Troisièmement, que le gouvernement fédéral exige une analyse comparative entre les sexes plus (ACS+) exhaustive et assure l'accessibilité des résultats à l'ensemble de la population.

Quatrièmement, que le gouvernement fédéral bonifie le financement en recherche et s'assure de collecter des données ventilées qui tiennent compte de l'intersectionnalité de la population. Cinquièmement, que le gouvernement fédéral bonifie le crédit d'impôt alloué aux personnes aidantes en reconnaissance de leur travail et afin de les soutenir économiquement.

Sixièmement, que le gouvernement fédéral assure une collaboration interministérielle en matière de santé en tenant compte d'une vision globale des déterminants sociaux de la santé.

Monsieur le président, mesdames et messieurs les membres du Comité sénatorial permanent des langues officielles, je vous remercie de votre attention. Soukaina Boutiyeb et moi nous tenons à votre disposition pour répondre à vos questions.

Le président : Merci beaucoup pour votre présentation et pour ces recommandations exhaustives.

La sénatrice Moncion : Merci, mesdames, d'être avec nous aujourd'hui.

Quand vous avez parlé « d'absence de recherche », vous avez mentionné les personnes aidantes et tout ce qui touche les soins des femmes et de la stratégie nationale que vous souhaitez.

Pourriez-vous nous dire comment le gouvernement fédéral pourrait faire cela? Je sais que vous parlez de développer des services équitables et de bonifier le financement pour les personnes aidantes, probablement par des crédits d'impôt, par exemple. Lorsqu'on envisage de développer une stratégie

favourably as a strategy that would apply to the whole population, so I would like to hear your comments on how we could do that.

Ms. Enayeh: Absolutely. I will let Ms. Boutiyeb talk about the strategy, which would be based on a study of women's needs.

However, as we all know, health is something that affects the entire population. Women are disproportionately affected because of intersectionality. They are affected by many determinants of health, but even more so by intersectionality. That is why we think that a study of the overall population would not look at intersectionality and how it affects women in any detail.

That is why we need a study to understand the needs of women, a study that would explain how to establish a broader strategy, because if women's health is well managed, then entire population will benefit. I will let Soukaina talk about the strategy.

Soukaina Boutiyeb, Executive Director, Alliance des femmes de la francophonie canadienne: First, I think we need to adopt the premise that there are definitely inequalities when it comes to the accessibility of health care services for women.

We need to take that primary need into account. The Canada Health Act is meant to guarantee equal access for everyone, but we know that is not the reality.

A national strategy would ensure that a particular group of a particular population that needs help would get help in developing practical strategies and guidelines to improve access to, promote and guarantee health care for that particular part of the population, in this case francophone and Acadian women.

One may wonder whether this would divide the population by focusing on one region as opposed to another or on one population as opposed to another, but the reality is that that is something that is done.

When it comes to immigration, I can tell you that Immigration, Refugees and Citizenship Canada, or the IRCC, contacted us about implementing a national strategy to improve the experience of immigrant women. I can give you the heads-up that this strategy will be coming out in the next few weeks. In fact, the IRCC is the one that recognized that immigrant women needed more support and that the services that they are being offered do not meet their actual needs. That is why we need a strategy and a study with short-, medium-, and long-term

nationale qui ne favorise qu'un secteur, c'est moins bien vu que cela s'adresse à la population au complet. Donc, j'aimerais entendre vos arguments afin de déterminer comment on pourrait faire cela.

Mme Enayeh : Absolument. Je vais laisser Mme Boutiyeb parler de la stratégie basée sur une étude des besoins de femmes.

Cependant, comme on le sait tous, la santé touche l'ensemble de la population. À cause de l'intersectionnalité, cela touche encore plus les femmes. Elles sont touchées par plusieurs déterminants de la santé, mais encore plus par l'intersectionnalité. C'est pour cela qu'on croit que, en menant une étude globale sur la population, on n'ira pas dans les détails de l'intersectionnalité, justement pour les femmes.

C'est la raison pour laquelle on a besoin d'une étude pour comprendre les besoins des femmes, étude qui expliquera comment établir une stratégie globale, parce que si la santé des femmes est bien prise en charge, c'est la santé de toute la population qui le sera. Je vais laisser Soukaina continuer pour parler de la stratégie.

Soukaina Boutiyeb, directrice générale, Alliance des femmes de la francophonie canadienne : D'abord, je crois qu'il faut adopter la prémissse selon laquelle il y a certainement des inégalités en ce qui concerne l'accessibilité aux soins de santé pour les femmes.

On doit prendre en considération ce besoin primaire. Si l'on se base ne serait-ce que sur la Loi canadienne sur la santé, cette dernière garantit que l'accessibilité est égale pour tous. Cependant, on sait tous que la réalité est différente.

Une stratégie nationale sert à s'assurer qu'il y a un groupe particulier d'une population particulière qui a besoin d'un coup de pouce pour développer des stratégies et des lignes directrices concrètes dans le but d'améliorer l'accessibilité et la promotion et de garantir des soins de santé pour une partie de la population en particulier — dans ce cas-ci, ce sont les femmes francophones et acadiennes.

On peut se demander si on n'est pas en train de diviser la situation en mettant l'accent sur une région par rapport à une autre ou sur une population par rapport à une autre. Mais la réalité, c'est que c'est quelque chose qui se fait.

Je peux vous dire notamment que dans le cas de l'immigration, Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (IRCC) nous a contactées pour mettre en œuvre une stratégie nationale pour améliorer le parcours des femmes immigrantes. Je vous le dis en primeur; c'est une stratégie qui va sortir au cours des prochaines semaines. En fait, c'est IRCC qui a reconnu que les femmes immigrantes avaient besoin d'un meilleur appui ou que les services qui leur sont offerts ne sont pas axés sur leurs besoins réels. Donc, il est nécessaire d'avoir une stratégie et une étude

objectives. That will help us to develop public policies and projects that adequately meet the needs of the population.

Because of that, we figured that if a department is doing it, then why not have a strategy that is truly focused on the needs of women?

We know that the world is changing, that needs are changing. The population is growing, and so is the number of different realities. Things are completely different in urban areas than they are in rural settings. What is more, to date, we don't have any real statistics on how many women have access to family doctor who can speak to them in French. We tried to find that information, but it just isn't out there.

There is a lack of data, and the government must establish practical guidelines about where we are going to guarantee such access.

Senator Moncion: Thank you very much.

Senator Poirier: Thank you for being with us. In September 2020, you published a report entitled *Rapport de l'enquête pancanadienne sur les priorités des femmes francophones et acadiennes du Canada*. In that report, you indicated that access to French-language health care was a priority.

According to that study, 56.5% of francophone and Acadian women said that they were not satisfied or somewhat satisfied. Why were these women not satisfied? What were the issues?

Ms. Boutiyeb: The answers varied from person to person, but the main reason was access to French-language health care, the ability to communicate with health care providers in their own language, and here we are not even necessarily talking about the person's mother tongue, but just about them being able to speak to someone in French.

That is often a challenge for immigrant women. In some areas, it is luxury just to be able to talk to a health care provider at all. People need to have access to that. Because of labour shortages and problems with the health care system, people sometimes have to wait months or even years just to have access to a doctor.

The other thing is that, when we talk about access, we are sometimes talking about specific needs, such as reproductive health or access to abortion. The reality there is not the same in every province and territory. As we have seen, because of clinic closures, some women have to go to other provinces to get access to such services.

ayant des objectifs à court, moyen et long termes; cela nous permettra justement de mettre de l'avant des politiques publiques et des projets répondant adéquatement aux besoins de la population.

C'est dans ce contexte qu'on s'est dit ceci : si un ministère le fait, pourquoi ne pas avoir une stratégie vraiment axée sur les besoins des femmes?

On sait que le monde change, les besoins changent, la population augmente, les différentes réalités augmentent. La question urbaine et rurale est totalement différente. Au surplus, on n'a aucune donnée concrète à ce jour pour savoir combien de femmes ont accès à un médecin de famille qui peut leur parler en français. On a tenté de trouver ces données, mais c'est impossible de les trouver.

Il y a un manque de données et le gouvernement doit établir des lignes directrices concrètes pour savoir où l'on va pour garantir cet accès.

La sénatrice Moncion : Merci beaucoup.

La sénatrice Poirier : Merci d'être avec nous. En septembre 2020, vous avez publié un rapport intitulé *Rapport de l'enquête pancanadienne sur les priorités des femmes francophones et acadiennes du Canada*. Dans ce rapport, vous avez indiqué que l'accès aux services de santé en français était une priorité.

L'enquête a montré que 56,5 % des femmes francophones et acadiennes n'étaient pas satisfaites ou peu satisfaites. Pourquoi ces femmes étaient-elles insatisfaites? Quels étaient les enjeux?

Mme Boutiyeb : Les réponses variaient selon les personnes, mais la principale raison, c'est d'abord l'accessibilité aux soins de santé en français — donc pouvoir parler dans sa langue, et on ne parle pas nécessairement de la langue maternelle. On parle seulement de pouvoir parler en français.

Pour les femmes immigrantes, c'est souvent un défi. C'est même un luxe dans certaines régions d'avoir accès à un professionnel de la santé pour nous parler, mais encore faut-il y avoir accès. La pénurie de main-d'œuvre et le système de santé nous montrent aussi que pour avoir ne serait-ce qu'un accès à un médecin, il faut parfois attendre des mois, voire des années dans certains contextes.

L'autre réalité, c'est que quand on parle d'accessibilité, on parle parfois de besoins spécifiques, la santé reproductive et l'accès à l'avortement, par exemple. Ce n'est pas la même réalité dans toutes les provinces et tous les territoires. Certaines femmes, on l'a vu, ont vécu la fermeture de certaines cliniques. Elles ont dû se rendre dans d'autres provinces pour y avoir accès.

These injustices and this inequity towards women show that there is a real need, and so one of our recommendations is to create a specific strategy to determine what type of health services and what sort of equality we want to provide for francophone and Acadian women.

Senator Poirier: Do you see a difference in the challenges women face depending on their age group? For example, often, older women lose the family doctor that they have known their entire life because the doctor is retiring. Do you see a difference, or do the statistics show that there is a difference depending on the age of the patients?

Ms. Boutiyeb: That is a very good question. Our study did not go into that kind of detail, but one thing that is worth noting is that not everyone spends their whole life in the same region. Some people move, and that is becoming more common, which makes access to health care even more complex. Sometimes people have access to health care in one province, but if they have to move because of their age or because they want to be closer to their family, then it may not be as easy for them to get access to health care in another province.

The experiences that women are having make it even more clear that there are inequities when it comes to access to health care.

Senator Poirier: Are you getting funding from the federal government under the new action plan to improve access to French-language health care for women? Are you getting funding?

Ms. Boutiyeb: As an organization? For the AFFC?

Senator Poirier: I am talking about funding under the new program. Is your association receiving funding?

Ms. Boutiyeb: We are not getting funding for women's health. Funding does exist for some organizations that deal specifically with access to French-language health care or promoting health care in French, but there is not necessarily specific funding allocated for women's health.

When we talk about health care, we need to view it through a lens that is focused on the needs of francophone women. The president of our organization can tell you more about that because she works in that area.

Ces différentes injustices, ou cette iniquité que les femmes vivent montrent qu'il y a assurément un besoin, et une des stratégies que l'on recommande, c'est de créer une stratégie spécifique qui déterminerait quel genre de services ou quel genre d'égalité on veut assurer aux femmes francophones et acadiennes en matière de santé.

La sénatrice Poirier : Voyez-vous une différence sur le plan des enjeux entre les différentes tranches d'âge chez les femmes? Par exemple, bien souvent, lorsque la femme est plus âgée, il arrive un moment où le médecin de famille qu'elle a connu toute sa vie veut se prendre sa retraite. Est-ce que vous voyez une différence, ou est-ce que les statistiques montrent qu'il y a une différence selon l'âge des patientes?

Mme Boutiyeb : C'est une très bonne question. Notre enquête ne nous a pas permis d'aller à ce niveau, mais il faut considérer le fait que ce ne sont pas toutes les personnes qui restent toute leur vie dans la même région. Il y en a qui déménagent et il y en a maintenant encore plus, ce qui complexifie l'accès aux soins de santé. On peut parfois avoir accès à un service de santé dans une province, mais si on doit déménager à cause de son âge ou parce qu'on veut se rapprocher de sa famille, avoir accès à un service de santé devient une tout autre histoire dans une autre province.

La réalité du parcours des femmes montre justement encore plus cette iniquité qui peut exister en matière d'accès aux soins de santé.

La sénatrice Poirier : Est-ce que le gouvernement fédéral vous accorde du financement dans le cadre du nouveau plan d'action pour contribuer à l'amélioration de l'accès aux services de santé en français pour les femmes? Est-ce que vous recevez du financement?

Mme Boutiyeb : En tant qu'organisation, pour l'AFFC?

La sénatrice Poirier : Je parle du financement dans le cadre du nouveau programme. Est-ce que votre association reçoit du financement?

Mme Boutiyeb : On ne reçoit pas de financement pour la santé des femmes. Pour certaines organisations qui s'occupent spécifiquement de donner accès aux soins de santé en français ou pour promouvoir la santé en français, cela existe, mais est-ce qu'il y a une spécificité dans le financement par rapport aux femmes? Pas nécessairement.

Lorsqu'on parle des soins de santé, il faut assurément avoir une lentille axée sur les besoins des femmes francophones. Ma présidente pourrait vous en parler plus, parce qu'elle travaille justement dans ce domaine.

Ms. Enayeh: In my everyday life, I'm the director of RésoSanté Colombie-Britannique, a network affiliated with Société Santé en français. Société Santé en français receives federal funding, but it is up to the network to determine whether women have specific needs.

As part of my work, I did a webinar with Zakary-Georges Gagné on intersectionality in the health care system, and the statistics show that women are disproportionately affected, particularly racialized women, such as Black women. What we are seeing is that health research focuses mainly on men rather than on women. There are also Muslim women and queer women in the Canadian health care system, for example. We can see that the numbers are really going up, but, once again, because of the lack of cooperation between departments, it is up to the organizations on the ground to decide whether to create projects specifically for francophone women in the area of health.

Senator Poirier: Do you have any statistics that show that it is more difficult for francophone women to access to health care in their language than it is for francophone men? Are there really statistics that show that women are more vulnerable than men?

Ms. Enayeh: Women are more vulnerable than men in general. It is just that being a member of an official language minority community adds another layer to all of that. There are already inequities between the needs of women and men, and if we add language into the mix, then we are just adding another layer.

Do we have statistics that show that it is more difficult for women to access services than men? No, but we do have statistics that show inequities in the services offered. Once again, this does not pertain specifically to francophone women as compared to women in general. It is just that language adds another layer.

Ms. Boutiyeb: One of the recommendations has to do with the lack of data. It would take research to get solid evidence on that.

We are discussing the realities that we hear about on the ground through our organizations and studies. To get solid disaggregated data, we need to do the research, and the government needs to invest in this area.

Senator Poirier: It is hard to know where to start without any data.

Mme Enayeh : Dans ma vie de tous les jours, je suis la directrice de RésoSanté Colombie-Britannique, un réseau affilié à Société Santé en français. Société Santé en français reçoit du financement fédéral, mais c'est dans l'intérêt du réseau de voir si les femmes ont des besoins spécifiques ou pas.

Dans le cadre de mon travail, j'ai fait un webinaire avec Zakary-Georges Gagné sur l'intersectionnalité dans le système de santé, et les chiffres qui ressortaient touchaient beaucoup les femmes, surtout les femmes racisées. Les femmes noires constataient l'inégalité par rapport aux recherches en matière de santé qui sont menées surtout pour les hommes et pas suffisamment pour les femmes. Il y a aussi les femmes musulmanes dans le système de santé canadien, par exemple. Il y a les personnes queers. Enfin, on voyait vraiment que les chiffres remontaient, mais cela revenait encore une fois à la responsabilité des organismes qui sont sur le terrain et qui ont un intérêt ou non, par manque de connexion entre les ministères, à justement créer des projets spécifiquement pour les femmes francophones en matière de santé.

La sénatrice Poirier : Avez-vous des statistiques qui montrent qu'il est plus difficile pour les femmes francophones d'avoir accès à des soins de santé dans leur langue, comparativement aux hommes? Est-ce qu'il y a vraiment des statistiques qui montrent que la femme est plus vulnérable que l'homme?

Mme Enayeh : La femme est plus vulnérable que l'homme en général. C'est juste que la langue de la minorité ajoute une couche à tout cela. Il y a déjà des inégalités entre les besoins des femmes par rapport à ceux des hommes et si on y ajoute la langue, cela ajoute une couche de plus.

Est-ce qu'on a des chiffres qui montrent que l'accès aux services est plus difficile? Non, mais sur l'inégalité dans les services, oui, on a des chiffres. Encore une fois, pas spécifiquement pour les femmes francophones par opposition aux femmes en général. C'est juste que la langue ajoute une couche de plus.

Mme Boutiyeb : Justement, une des recommandations concerne la question du manque de données. Il faudrait des recherches qui nous permettent d'avoir des données probantes et concrètes là-dessus.

C'est sûr que la réalité dont on parle provient de ce qu'on entend sur le terrain à travers nos organisations et nos enquêtes. Pour avoir des données probantes vérifiées, on a besoin de faire de la recherche, et le gouvernement devrait investir dans ce secteur également.

La sénatrice Poirier : Sans données, c'est difficile de savoir par où commencer.

Ms. Enayeh: That is exactly the problem, particularly in provinces that do not have a French-language services policy. For example, I live in British Columbia and we just got a French-language services policy, but there is nothing really comprehensive or that pushes for services for francophones.

We see that in general for francophone women. For example, there is a lack of organizations and services for abused women in Canada. Through research, we know that they are at a much higher risk of being affected by dementia, for example, but we do not have enough data and services to prove it. We do not have enough prevention services.

Senator Clement: Hello to our two witnesses. Thank you for your excellent work. I hope you know how much hope the Alliance des femmes de la francophonie canadienne brings to people across the country. It is important that you know that.

I live in Cornwall. Two women who work in my office, Emma and Amina, recently met with representatives of an association that promotes immigrant health. It is a volunteer organization that helps immigrants navigate a very complicated system. This organization brings cultural competency that the provincial and federal governments do not have. I don't know whether you can comment on that. What do we need? Often volunteer organizations and people on the ground from local organizations without funding are the ones who are doing the cultural competency work.

Ms. Enayeh: That's right.

Senator Clement: What do we need to do to support these organizations in our system?

Ms. Enayeh: That is why funding for community organizations is so important. It is much more effective when community organizations work together, for example, when there is communication between organizations working with new immigrants, organizations working with women and health organizations, but there has to be enough funding for those organizations to do that, otherwise people become exhausted from trying to do all of that work, and those people are generally women.

That is why funding for community organizations that help people, but people in general— It is the same thing when your colleague was talking about seniors or young people. It is the same thing. When these organizations have enough funding and they have the time, the opportunity and the resources to work together, that is when things can really get done. We really need to look at the work from a holistic perspective, just as health needs to be looked at from a holistic perspective. Community work in minority communities must be holistic. That can't

Mme Enayeh : C'est exactement le problème, surtout dans les provinces où il n'y a pas de politique sur les services en français. Par exemple, j'habite en Colombie-Britannique et on vient d'avoir une politique sur les services en français, mais il n'y a rien d'exhaustif ou qui pousse à ce que les personnes francophones aient des services.

On le voit en général pour les femmes francophones. Par exemple, il y a un manque d'organismes et de services pour les femmes violentées au pays. Grâce aux recherches, on sait qu'elles sont beaucoup plus à risque d'être affectées par la démence, par exemple, mais on n'a pas assez de chiffres et de services pour le démontrer. On n'a pas assez de services de prévention.

La sénatrice Clement : Bonjour à nos deux témoins. Merci pour votre excellent travail. J'espère que vous savez à quel point l'Alliance des femmes de la francophonie canadienne amène beaucoup d'espoir à travers le pays. Il faut le savoir.

J'habite à Cornwall. Deux femmes de mon bureau, Emma et Amina, ont rencontré récemment une association faisant la promotion de la santé des immigrants. C'est une organisation bénévole qui aide justement les immigrants à naviguer à travers un système très compliqué. Cette association amène une compétence culturelle que le gouvernement provincial et le gouvernement fédéral n'ont pas. Je ne sais pas si vous pouvez commenter. De quoi a-t-on besoin? Souvent, ce sont les organismes bénévoles et les gens sur le terrain issus d'organismes locaux sans financement qui font justement ce travail de compétence culturelle.

Mme Enayeh : Effectivement.

La sénatrice Clement : Qu'est-ce qu'on doit faire pour appuyer ces organismes dans notre système?

Mme Enayeh : C'est là où le financement des organismes communautaires est très important. Quand des organismes communautaires travaillent ensemble, par exemple des organismes qui travaillent avec les nouveaux arrivants, qui communiquent avec les organismes qui travaillent avec des femmes, qui communiquent avec des organismes qui travaillent dans le secteur de la santé, mais qui ont assez de financement pour faire cela... On se retrouve au bout du compte avec des personnes épuisées de faire tout ce travail — et qui sont généralement des femmes.

C'est pour cela que le financement des organismes communautaires qui touchent les personnes, mais les personnes en général... C'est la même chose lorsque madame la sénatrice parlait des personnes âgées ou des jeunes; c'est la même chose. Quand ces organismes sont assez financés et qu'ils ont le temps, la possibilité et les ressources pour travailler ensemble, c'est là qu'on peut... En fait, il faut vraiment voir le travail de façon holistique, comme la santé doit être vue de façon holistique. Le travail communautaire dans les communautés formées de

happen without adequate funding. We always end up with organizations that are fighting for their share of the pie and working in silos because they do not have enough resources to do everything. They need enough funding so that they can work together. We see on the ground what a difference that can make.

Senator Clement: Systemic racism.

Ms. Enayeh: Oh yes.

Senator Clement: Yes, in the health care system. Do we talk enough about that? You just described intersectionality that makes us even more vulnerable. As far as the health care system itself goes, do we talk about the fact that systemic racism has an impact and that the federal government should recognize that? Do you agree with what I just said?

Ms. Enayeh: Absolutely. I completely agree with what you just said. That is a problem that we see every day. Are we talking about it? We are starting to. The term “intersectionality” is starting to be recognized. As I was saying, if we look at health from a comprehensive, holistic perspective complete with the determinants of health.... We are starting to see that, but the statistics show that we haven't gone very far in that direction.

For example, we know that Black women are not treated the same way. Their pain is not treated the same way. We know that when women in general say that they are in pain.... There was a study done on endometriosis, and it was the same thing. It's normal for a woman to be in pain. When she gets her period, it's normal for her to be in pain. When a woman has a disability or is of a certain age or a certain weight.... There is also fat phobia. If a woman is the one in a precarious situation, it adds layers and layers of inequality each time. Women's health really isn't taken seriously.

I experienced it myself. I had the same health problem as my husband and the care that my husband received for exactly the same symptoms was very different. I didn't believe it at first, but everyone kept drawing my attention to it and saying to me, “Are you sure it's not because of your race or your hijab or because you're a woman?”

When my husband had exactly the same health issue two months later and I saw the difference, then it became obvious. At the same time, there was a report indicating that more studies need to be done on Muslim women in Canada because they don't have the same.... They do not receive equal health care services. I didn't want to believe it, but it was too obvious.

Senator Clement: Do you have anything to add?

minorités doit être holistique. Sans financement adéquat, cela ne peut pas se faire. On se retrouve toujours avec des organismes qui se déchirent sur la part du gâteau et qui travaillent en silo, parce qu'ils n'ont pas assez de ressources pour tout faire. Il faut qu'on puisse avoir des financements adéquats pour avoir la possibilité de travailler ensemble. On le voit sur le terrain et on voit la différence que cela fait.

La sénatrice Clement : Le racisme systémique.

Mme Enayeh : Ah oui.

La sénatrice Clement : Ah oui, dans le système de santé. Est-ce qu'on en parle suffisamment? Vous venez de décrire une intersectionnalité qui nous rend encore plus vulnérables. Comme système de santé, est-ce qu'on parle du fait que cela a un impact et que cela devrait justement être reconnu par le gouvernement fédéral? Est-ce que vous êtes d'accord avec ce que je viens de dire?

Mme Enayeh : Absolument, je suis tout à fait d'accord avec ce que vous venez de dire. C'est un problème que l'on voit tous les jours. Est-ce qu'on en parle? On commence à en parler. Juste le terme « intersectionnalité » commence à être reconnu. Comme je le disais, si on voit la santé d'une façon holistique complète avec les déterminants de la santé... On commence un peu à voir cela, mais on est très loin dans les chiffres.

On sait que les femmes noires, par exemple, ne sont pas traitées de la même façon. Leur douleur n'est pas traitée de la même façon. On sait que les femmes, en général, lorsqu'elles disent qu'elles ont une douleur... On a fait une étude sur l'endométriose et c'est la même chose. Une femme a mal, c'est normal. Quand elle a ses règles, c'est normal qu'elle ait mal. Quand c'est une femme handicapée ou d'un certain âge ou qui a un poids spécifique... Il y a aussi la grossophobie. Si c'est une femme qui est en situation de précarité, cela ajoute des couches et des couches d'inégalité chaque fois. Vraiment, on ne prendra pas sa santé au sérieux.

J'ai vécu cela moi-même. En comparant, j'ai eu le même problème que mon mari et le service que mon mari a reçu pour exactement les mêmes symptômes était très différent. Je n'y croyais pas au début, mais tout le monde me mettait la puce à l'oreille en me disant : « Tu es sûre que ce n'est pas à cause de ta race ou de ton voile, ou parce que tu es une femme? »

Quand mon mari a eu exactement la même chose que moi deux mois après et que j'ai vu la différence, je me suis dit : ah, oui. En même temps, il y a eu un rapport qui indiquait que les femmes musulmanes au Canada doivent faire l'objet de plus d'études, parce qu'elles n'ont pas la même... Il y a une inégalité dans les services de santé qu'elles reçoivent. Je ne voulais pas y croire, mais c'était trop évident.

La sénatrice Clement : Avez-vous des commentaires à ajouter?

Ms. Boutiyeb: Certainly. When it comes to the reality on the ground, unfortunately, I need to bring things back to the importance of data and a national strategy. That is what is going to enable us to really shed some light on what is happening on the ground, to understand what is happening and to get the government to implement practical measures. That will help us to know what we should be doing to make sure that the health care system is fair and equitable when it comes to accessibility and promotion. Obviously, when we talk about health care, we are talking about physical and mental health and well-being.

From what we are hearing, unfortunately, the reality on the ground— We hear stories here and there, personal stories, that show that the system is very inaccessible and that people are not being taken seriously. There is also ageism. Women are being told, “You’re too young to be in that kind of pain. That is something that only happens to older people”, or vice versa. There is certainly a need for education and training for health care providers, who are doing excellent work, of course. There is no doubt about that. However, there may be a need for training so that our society is more sensitive to the various issues related to intersectionality. There is always work to be done to improve as a society. There again, a national strategy would enable us to shed light on that.

Ms. Enayeh: We know that the research is not detailed enough when it comes to gender, language and other determinants.

Senator Clement: Okay. Thank you.

The Chair: I will continue in the same vein and ask you a few questions. First, I want to thank you for being here and for your work.

Senator Clement asked some questions about systemic racism. I would like to better understand how you identify the challenges associated with the delivery of culturally appropriate services. We talk a lot about that. There is intersectionality. Could you define or name the main things that we need to think about when we talk about culturally appropriate services to help us to better understand?

Obviously, we know that there is a connection between language and culture. At the same time, we know that when we are having a conversation with someone in the same language, we feel as though we understand each other, but there are more complex issues at play when it comes to the delivery of health care services. Culture is an almost invisible aspect behind the scenes.

Mme Boutiyeb : Assurément, pour la réalité sur le terrain, je vais malheureusement la ramener à la question de l’importance des données et d’une stratégie nationale. C’est justement cela qui va nous permettre de lever le voile sur la réalité sur le terrain, de comprendre ce qui se passe et d’avoir des mesures concrètes de la part du gouvernement, pour savoir à quoi nous devons nous attaquer pour assurer un système juste et équitable en matière d’accessibilité de soins de santé et de promotion. Bien évidemment, quand on parle de soins de santé, on parle de santé physique, du bien-être physique et mental.

La réalité sur le terrain, et ce sont des choses que l’on entend, malheureusement... Il y a des histoires ici et là, qui sont des histoires individuelles et qui montrent qu’il y a une grande inaccessibilité et qu’on n’a pas pris les gens au sérieux. Il y a de l’âgisme aussi. On entend dire : « Tu es trop jeune pour avoir mal à certains endroits; c’est quelque chose qui arrive à des personnes un peu plus âgées », ou vice versa. Il y a certainement besoin d’éducation et de formation dans le système de santé pour les professionnels qui font un excellent travail, bien sûr, il n’y a aucun doute là-dessus. Mais il y a peut-être un besoin de formation, pour avoir une société un peu plus sensible aux différents enjeux en lien avec l’intersectionnalité. On a toujours du travail à faire pour s’améliorer en tant que société. Là encore, une stratégie nationale nous permettrait de lever le voile là-dessus.

Mme Enayeh : Les recherches, on sait qu’elles ne sont pas assez détaillées par rapport au genre, à la langue et à tous les autres déterminants.

La sénatrice Clement : D’accord. Merci beaucoup.

Le président : Je vais continuer dans la même veine et vous poser quelques questions. D’abord, je vous remercie d’être là et je vous remercie de votre travail.

La sénatrice Clement a posé des questions sur le racisme systémique. J’aimerais mieux comprendre comment vous identifiez les enjeux sur la livraison de services culturellement appropriés. On parle beaucoup de cette notion. On constate qu’il y a de l’intersectionnalité. Si vous aviez à définir ou à nommer les principales composantes qui devraient être envisagées lorsqu’on parle de services culturellement appropriés, qu’est-ce que vous nommeriez pour nous permettre de mieux comprendre?

Évidemment, on sait qu’il y a un lien entre la langue et la culture. En même temps, on sait que quand on se parle dans la même langue, on a l’impression qu’on se comprend, alors que dans la livraison de services de santé, il y a des enjeux plus complexes. Il y a une dimension presque invisible de la culture en arrière-plan.

How can we better address these issues? How should training for health care providers take into account those elements? I'd like to hear your thoughts on that.

Ms. Enayeh: I can give you a very specific example. In British Columbia, we have an upcoming project with the Department of Health to open a community health centre.

I am working on it without having any real experience, so I am calling other centres to find out how they work. The director of one of those community health centres gave me this very specific example. She is a very experienced social worker. She has all the necessary education and she is extremely competent. The problem is that, despite all of her education and skills, she is not the right person for this job because she doesn't understand cultural differences. She works with a lot of refugees and newcomers from all cultures. This is not a francophone organization, but it shows that someone can be competent in a given field without having the ability to understand different cultures. The organization did everything to find the right person for the job, but she does not understand the cultural nuances.

Working with refugees is very different from working with immigrants. Refugees have experienced trauma and have cultural beliefs. I also worked with Syrian refugees. I was doing interpretation. When we talk about sexual and reproductive health, for example, there is a way of approaching that.

I remember that it took a lot of time with the Syrian refugees. They arrived very quickly and did not have time to adapt. We understood that you cannot just go up to a woman from that culture and say, "Here are some contraceptives". You have to understand how to approach those things.

The thing about the francophone community is that it is multicultural. It includes different cultures, with refugees from Africa, the Middle East, Asia and Europe, and each individual has a different background. If we do not understand those nuances, then the services that are provided will not be effective, even if the staff is competent, and these people will not want to stick around.

The Chair: Should the national strategy that you mentioned include cultural competency training as well?

Ms. Enayeh: Absolutely. It is the same thing as working with a trans person, for example, someone who identifies as a woman, who has become a woman. How can anyone work with that person if they are not culturally sensitive? The same goes for Indigenous people.

Comment faire pour mieux s'attaquer à ces questions? Comment la formation des professionnels devrait-elle tenir compte de ces éléments? J'aimerais vous entendre sur cette question.

Mme Enayeh : Je peux vous donner un exemple très concret. En Colombie-Britannique, on a un projet qui s'en vient avec le ministère de la Santé pour l'ouverture d'un centre de santé communautaire.

Je fais ce travail sans avoir vraiment d'expérience, donc j'appelle les autres centres pour comprendre comment ils fonctionnent. Une directrice d'un centre de santé communautaire m'a donné cet exemple très concret. Elle a une travailleuse sociale qui a beaucoup d'expérience, elle possède tous les diplômes nécessaires et elle est extrêmement compétente, sauf que malgré toutes ses compétences et tous ses diplômes, elle n'était pas faite pour ce poste, parce qu'elle ne comprend pas les différences culturelles. Elle travaille beaucoup avec des réfugiés et de nouveaux arrivants de toutes les cultures. Ce n'est pas un organisme francophone, mais cela montre qu'on peut être compétent dans un travail sans avoir la compétence de comprendre les différentes cultures. Ils ont tout fait pour avoir la bonne personne, mais elle ne comprenait pas les nuances culturelles.

Travailler avec des réfugiés, c'est très différent que de travailler avec des immigrants. Un réfugié, c'est quelqu'un qui a des traumatismes et des croyances culturelles. J'ai travaillé aussi avec les réfugiés syriens; je faisais de la traduction. Lorsqu'on parle de santé sexuelle et de santé reproductive, par exemple, il y a une façon d'aborder cela.

Je me rappelle que cela a pris beaucoup de temps avec les réfugiés syriens. Ils sont arrivés très vite et ils n'ont pas eu de temps pour s'adapter. On a compris qu'on ne peut pas tout de suite aller dire à une femme qui vient d'une culture : « Voilà des contraceptifs. » Il y a une façon de comprendre comment travailler.

Ce qui est spécifique à la communauté francophone, c'est qu'on est une communauté multiculturelle. On a différentes cultures, avec des réfugiés qui viennent de l'Afrique, du Moyen-Orient, de l'Asie, de l'Europe, et chaque personne a un bagage différent. Si on ne comprend pas ces nuances, le service que l'on donne, aussi compétent soit-il, ne fonctionnera pas. Cela fait en sorte que ces gens s'envient.

Le président : La stratégie nationale dont vous parlez devrait-elle inclure des éléments de formation de compétence culturelle aussi?

Mme Enayeh : Absolument. C'est la même chose que de travailler avec une personne trans, par exemple, qui s'identifie comme femme, qui est devenue une femme. Comment travailler avec cette personne si on n'est pas culturellement adapté? C'est la même chose pour les personnes autochtones.

The Chair: What types of services are you talking about? You spoke about inequities in the delivery of services. Looking in from the outside, we could be surprised to learn that there are inequities in the way services are provided to men and women in Canada.

Where do you see the most inequity in service delivery? Do you have any data on that subject? Is there a certain type of service? Are we talking about primary care or more specialized care? Are we talking about long-term care? In what areas of our health care system are you seeing the biggest inequities between men and women?

Ms. Enayeh: Unfortunately, on the ground, I would say that it is in every type of service.

Whether it is pain management, reproductive health, heart health, mental health, we see inequality in all the services, unfortunately.

The Chair: I have to insist: What are these inequalities attributable to? If I go to the hospital for emergency service, are women treated worse than men? I want to know why.

Ms. Enayeh: I think it is a misunderstanding of pain and symptoms. Again, it comes down to the research.

If, for example, research has been done on how men feel pain, but the same has not been done for women, or if people have some form of prejudice, it has an impact.

There is a lot of prejudice. I come back to the example of Black women. Some people think that black skin doesn't feel the same as white skin. These are myths, and there is a severe lack of education on that.

The Chair: You talked about having correct data and the importance of research and education.

The examples that you just gave are a bit surprising. We can assume that it comes from a lack of education or from prejudice and discrimination.

Ms. Enayeh: Exactly.

The Chair: In your recommendations, you talk about interdepartmental collaboration. Can you name the various departments that you have identified that should be part of that cohort of departments that would help improve delivery and care?

Ms. Enayeh: Yes. When it comes to prevention, we will mention, for example, the Public Health Agency of Canada. If this agency can talk to Women and Gender Equality Canada,

Le président : Quels sont les types de services? Vous avez parlé d'inégalités dans la livraison des services. En fait, si l'on porte un regard extérieur, on peut s'étonner qu'au Canada, il y ait des inégalités dans la livraison des services pour les femmes et pour les hommes.

Quels sont les services où vous identifiez plus souvent des inégalités? Avez-vous des données à ce sujet? Y a-t-il un certain type de services? Est-ce dans les services primaires ou plus spécialisés? Est-ce dans les soins de longue durée? Dans quel aspect des soins de santé identifiez-vous les plus grandes inégalités entre les femmes et les hommes?

Mme Enayeh : Malheureusement, sur le terrain, je dirais que c'est dans tous les services.

Que ce soit la douleur, la santé reproductive, la santé du cœur, la santé mentale, on voit des inégalités dans tous les services, malheureusement.

Le président : Je vais insister : à quoi ces inégalités sont-elles attribuables? Si je me présente à l'hôpital pour un service à l'urgence, est-ce que les femmes sont moins bien traitées que les hommes? Je veux en connaître les raisons.

Mme Enayeh : Je crois que c'est une méconnaissance de la douleur et des symptômes. Encore une fois, tout revient à la recherche.

Si, par exemple, on a fait de la recherche sur la douleur chez les hommes et comment ils la ressentent, mais que cette recherche n'a pas été faite sur les femmes ou qu'on a des préjugés, cela a un impact.

Il y a beaucoup de préjugés. Je reviens sur l'exemple des femmes noires. Il y a un préjugé selon lequel leur peau n'a pas la même sensation que la peau blanche. Ce sont des mythes, et c'est un fait que les gens ne sont pas assez éduqués là-dessus.

Le président : Vous parlez d'avoir des données justes, de faire de la recherche et de l'éducation.

On peut s'étonner des exemples que vous venez de donner. On peut s'imaginer que c'est un manque d'éducation, des préjugés et de la discrimination.

Mme Enayeh : Exactement.

Le président : Dans vos recommandations, vous parlez de la collaboration interministérielle. Pouvez-vous nous nommer les différents ministères que vous avez identifiés, qui devraient faire partie de cette cohorte de ministères qui aideraient à la livraison et à l'amélioration des soins?

Mme Enayeh : Oui. Si on parle de prévention, on va parler par exemple de l'Agence de la santé publique du Canada. Si cette agence peut parler à Femmes et Égalité des genres Canada,

for example, that is where work can be done on certain inequalities. We are also working with IRCC with newcomers. That is where the work can be done.

Ms. Boutiyeb: And with Employment and Social Development Canada, ESDC.

Ms. Enayeh: Yes, with ESDC too, exactly.

Ms. Boutiyeb: I would like to add something regarding the question you asked earlier. One of the principles that we must keep in mind, which is still used in the feminist movement and also in the Canadian francophonie, namely "by and for".

When we try to provide services and to have this concept of affinity or cultural understanding in delivering services, we need to make sure that we have people at the table who come from this culture, who have an understanding and who are in a position to recommend adequate courses of action to health care professionals in order to ensure that they provide fair services to the target population.

The Chair: That is exactly right.

With the first group, there has been a lot of talk about professional interpretation and access to professional interpreters in terms of language, but from what you are saying, we need culturally adapted professional resources, meaning that these professionals need to be able to put cultural issues in their proper context.

Ms. Boutiyeb: Exactly.

The Chair: Do you have any specific recommendations with respect to access to cultural services through the use of interpreters to make sure that people understand? Are there any services that the government should support in its strategies or collaborations with the provinces, for example?

Ms. Boutiyeb: One of the recommendations that we would like to put forward is with regard to the issue of superficial diversity. Superficial diversity does not mean that we are going to have a single person representing all refugees, regardless of their origin, because that person is a refugee and will be able to guide us on how to provide services to francophone refugees in Canada. We need to consider this intersectionality.

The other recommendation is about the importance of comprehensive GBA+. It allows us to make sure that, from the beginning, in everything we put forward, the data we have, the measures we are implementing and everything that we are creating are adequately responding to the needs of the target population.

par exemple, c'est là où le travail peut se faire sur certaines inégalités. On travaille aussi avec IRCC avec les nouveaux arrivants. C'est là où le travail peut se faire.

Mme Boutiyeb : Avec Emploi et Développement social Canada (EDSC).

Mme Enayeh : Oui, avec EDSC, exactement.

Mme Boutiyeb : J'aimerais ajouter un élément concernant la question que vous avez posée tout à l'heure. Un des principes qu'il ne faut pas oublier, qui est toujours utilisé dans le mouvement féministe et aussi dans la francophonie canadienne, c'est le principe du « par et pour ».

Lorsqu'on veut établir des services et avoir ce concept d'affinités ou de compréhension culturelles dans la livraison des services, assurons-nous d'avoir des gens autour de la table qui viennent de cette culture, qui ont une compréhension et qui sont en mesure de recommander des façons de faire adéquates aux professionnels, afin de s'assurer de donner des services qui sont justes par rapport à la population cible.

Le président : C'est très juste.

Avec le premier groupe, on a beaucoup parlé d'interprétation professionnelle et d'accès à des interprètes professionnels du point de vue linguistique, mais d'après ce que vous dites, on a besoin de ressources professionnelles sur le plan culturel, c'est-à-dire que ces professionnels doivent être en mesure de mettre en contexte la question culturelle.

Mme Boutiyeb : Tout à fait.

Le président : Avez-vous des recommandations précises à faire par rapport à cette question d'accès à des services culturels sur le plan des interprètes, afin que les personnes comprennent bien? Y a-t-il des services que le gouvernement devrait favoriser dans ses stratégies ou dans la collaboration avec les provinces, par exemple?

Mme Boutiyeb : Une des recommandations qu'on voudrait mettre de l'avant, c'est la question de la diversité de façade. La diversité de façade ne veut surtout pas dire qu'on va prendre une seule personne et qu'on va lui donner le chapeau pour qu'elle représente tous les réfugiés, peu importe leur origine, puisque cette personne est réfugiée, et elle va pouvoir nous guider sur les manières de donner des services aux réfugiés francophones au Canada. Donc, il faut prendre en considération cette intersectionnalité.

L'autre recommandation, c'est l'importance de l'ACS+ exhaustive. Cela nous permet, dans tout ce que nous implantons, de nous assurer dès le début que les données que nous avons, les besoins et tout ce que nous créons répondent adéquatement à la population cible.

Those would be the first two points.

Ms. Enayeh: I would add that we need to emphasize the concept of “by and for”. We must get these professionals to understand that they have to get help on the ground every time from health care professionals who come from these communities.

If we know that we are going to work with a specific community, we need to be on the ground, in the provinces. Every province and every minority language community is different.

Even with all the education in the world, one cannot know everything about every community. We have to take each case individually and develop this reflex of reaching out to the communities to develop an understanding of the communities we are working with.

The Chair: We also need more cooperation between health care institutions and civil society organizations and more support and funding to help with that.

Ms. Enayeh: Absolutely, with grassroots organizations on the ground.

The Chair: Alright, thank you.

Senator Moncion: My question is about rural versus urban communities, because there is a huge disparity in terms of services. I am not convinced that people in rural communities are worse off than those living in urban settings.

I live neither in a rural area nor in a big city. However, I am very well served where I live. When I look at Northern Ontario, I think that service distribution is pretty good.

I would like to hear your comments with respect to the services offered in major urban centres, with population taken into account. I would like to know if you experience the same issues in rural areas.

Ms. Enayeh: I can use once again the example of British Columbia, which I know very well because I live there. There are very few services in French in rural areas. As part of a project on which we are working at the provincial level with telemedicine, we see that the department, at this time, is not very open to this, and there are very few services offered in French. For English speakers, in terms of services, there is a lot less pressure on health care facilities. The issue is with services in French.

Senator Moncion: Still, there is a large francophone population in British Columbia.

Ce serait les deux premiers points.

Mme Enayeh : Je dirais aussi de faire l'effort du « par et pour ». Il faut apprendre à ces professionnels à aller chercher de l'aide sur le terrain chaque fois avec les professionnels de ces communautés.

Si on sait qu'on va travailler avec une communauté précise, il faut aller sur le terrain, dans les provinces. Chaque province et chaque communauté de langue minoritaire est différente de l'autre.

On peut avoir toute l'éducation du monde, mais on ne pourra pas avoir des connaissances sur toutes les communautés. Donc, il faudrait prendre chaque cas et développer ce réflexe d'aller vers les communautés pour comprendre les communautés avec lesquelles on travaille.

Le président : Il faudrait aussi plus de collaboration entre les établissements de santé et les organismes de la société civile, et plus de soutien et de financement pour aider à faire cela.

Mme Enayeh : Absolument, avec les organismes communautaires sur le terrain.

Le président : D'accord, merci.

La sénatrice Moncion : Ma question concerne la ruralité par opposition à l'urbanisme, car il y a une grande disparité de services. Je ne suis pas convaincue que les gens des communautés rurales soient moins bien servis que ceux qui vivent dans les milieux urbains.

Je ne vis ni dans un milieu rural ni dans une grande ville. Or, je suis très bien servie là où je suis. Lorsque je regarde la région du Nord de l'Ontario, je trouve que c'est plutôt bien réparti.

J'aimerais entendre vos commentaires par rapport aux services offerts dans les grands centres, compte tenu du volume de population. J'aimerais savoir si vous vivez les mêmes problèmes dans les milieux ruraux.

Mme Enayeh : Je peux vous donner encore une fois l'exemple de la Colombie-Britannique, que je connais très bien étant donné que j'y habite. Il y a très peu de services en français dans les milieux ruraux. Dans le cadre du projet sur lequel on travaille à l'échelle provinciale avec la télémédecine, on voit que le ministère n'est pas très ouvert à cette optique pour l'instant et on voit très peu de services en français. Si on parle anglais, sur le plan des services, il y a beaucoup moins de pression sur les centres de santé. Le problème concerne les services en français.

La sénatrice Moncion : On retrouve quand même une importante population francophone en Colombie-Britannique.

Ms. Enayeh: Fifty per cent of the francophone population is located in the greater Vancouver area and widely dispersed. It is a big province, and unfortunately, many cities do not have a large enough francophone population.

Another problem is that there is no French language services policy, and therefore no obligation. In some places, francophones in general have no access to services in French, because there is no policy and there are not enough health care professionals to provide it.

As part of my work, I found another problem. Some health care professionals would be able to provide services in French in those provinces but are not confident enough to do so, because they have been educated in English. These professionals speak French very well but lack the confidence to do so. All they would need is one or two classes to get them up to speed. It would be a solution. In rural areas or in the regions where there are francophones, funding for classes is all that would be needed. We mentioned it a moment ago: it would take very little for these professionals to have enough confidence to provide services in French.

Senator Moncion: Are there any places in Canada that are best-in-class when it comes to providing services? I went to Winnipeg, and there is a cooperative community health centre focused on immigrant services. This centre worked very well and offered mental health, child care and medical services. Are there any exemplary places that we could use as examples and whose models could be replicated elsewhere?

Ms. Enayeh: I was just about to mention Winnipeg as an example. In Alberta — in Calgary I believe — they tried to replicate this model and it did not work, because, once again, every community is different. How the community is concentrated or dispersed if very much a product of each province's French-language services policy. That is a major factor in the equation.

Ms. Boutiyeb: What is important is the co-operation between the health care system and the community network. We need to reach out to those two sectors' movers and shakers to respond appropriately.

I have no perfect and concrete example to offer. However, in Orléans, right here in Ottawa, there is a community centre on Mer Bleue Road that works in collaboration with Montfort Hospital. Patients who need health care or community services can turn to this well-established centre, which has its own offices. Whether it is seniors or caregivers, services are provided in the same building, which makes navigating the system easier

Mme Enayeh : Cinquante pour cent de cette population francophone se trouve dans la région de Vancouver et elle est très dispersée. C'est une grande province et on ne retrouve malheureusement pas assez de francophones dans plusieurs villes.

Autre problème : il n'y a pas de politique sur les services en français, et donc aucune obligation. À certains endroits, les francophones en général n'ont aucun service en français, car il n'y a pas de politique et il n'y a pas assez de professionnels de la santé pour en offrir.

Dans le cadre de mon travail, j'ai constaté un autre problème. Certains professionnels de la santé pourraient offrir des services en français dans ces provinces, mais ils n'ont pas le courage de le faire, car ils ont fait leurs études en anglais. Ces professionnels s'expriment très bien en français, mais ils n'ont pas la confiance nécessaire pour le faire, alors qu'il ne leur faudrait qu'un ou deux cours au maximum. Ce serait une solution. Dans les endroits ruraux ou dans les régions, par exemple, où il y a des francophones, il suffirait d'octroyer du financement pour des cours. On en parlait il y a un moment : il suffirait de bien peu pour redonner confiance à ces professionnels afin qu'ils puissent offrir des services en français.

La sénatrice Moncion : Y a-t-il des endroits exemplaires au Canada où l'on offre des services? Je suis allée à Winnipeg et il y a un centre de santé communautaire coopératif axé sur les services aux immigrants. Ce centre fonctionnait très bien et offrait des services en santé mentale, des services de garderie et des services médicaux. Existe-t-il des endroits exemplaires dont on pourrait s'inspirer et transposer le modèle ailleurs?

Mme Enayeh : J'allais justement citer Winnipeg à titre d'exemple. En Alberta, je crois qu'à Calgary ils ont essayé de reproduire ce modèle et cela n'a pas fonctionné, parce que, encore une fois, chaque communauté est différente. La façon dont la communauté est concentrée ou dispersée dépend beaucoup des politiques sur les services en français dans les provinces. Cet aspect change aussi beaucoup la donne.

Mme Boutiyeb : L'élément important, c'est la collaboration entre le système de santé et le réseau communautaire. Il faut rejoindre les forces vives de ces deux secteurs pour répondre adéquatement.

Je n'ai pas d'exemple parfait et concret à retenir. Toutefois, dans la région d'Orléans, ici même à Ottawa, il y a un centre communautaire sur le chemin Mer-Bleue qui travaille en collaboration avec l'Hôpital Montfort. Lorsqu'un patient se présente et a besoin de soins de santé ou de services communautaires, il peut se tourner vers ce centre établi qui a ses propres bureaux. Qu'il s'agisse de personnes âgées ou

for patients instead of letting them find a doctor or community services by themselves. When everything can be found in one place, things can be easier.

The Chair: I have one last question on the issue of rural versus urban. Some rural areas have amazing services. However, rural communities are often more homogeneous and have less diversity. Regarding culturally appropriate services, have you identified issues associated with the homogeneity of the population in rural areas that leads to a lack of understanding and education specific to rural areas?

Ms. Boutiyeb: I would prefer to talk about a vision for the future. One of the things to consider is the idea of having this kind of reflection on the health care system. We want communities to grow and we encourage immigration. Communities may be homogeneous now, but there are also host communities in rural areas.

How can we be forward-thinking and proactively ensure that there are services in place to adequately meet the needs? It is right at the start, when we are setting up health services, that we need to act and view things through the lens of intersectionality to meet the linguistic and cultural needs.

The Chair: Thank you very much Ms. Enayeh and Ms. Boutiyeb. You have wonderful names and we need to know how to pronounce them properly. Thank you for your participation and for being here this evening. I also want to thank you for the way in which you celebrate the diversity of the Canadian francophonie. I am a francophone who was born here and who lived in a certain environment. Today, I believe that the presence of a great diversity in Canada enriches us greatly. I know that you, as organizations and as individuals, celebrate this diversity. You also help us to celebrate it and see it as a way for our communities to grow.

Thank you to both of you for being with us this evening.

Colleagues, for our third panel, we will continue with the theme of vulnerable communities. We now welcome Zakary-Georges Gagné, Communications and Membership Lead for The Enchanté Network.

Good evening. Welcome and thank you for accepting our invitation. We will start with your opening remarks and then we will go to questions. You have the floor.

de personnes aidantes, ces services sont offerts dans le même bâtiment, ce qui permet de mieux naviguer dans le système plutôt que d'essayer de trouver seul un médecin ou des services communautaires. Quand tout se trouve à un même endroit, les choses peuvent être plus faciles.

Le président : J'ai une dernière question sur la ruralité par opposition à l'urbanisme. Dans certaines régions rurales, on reçoit d'excellents services. Toutefois, les communautés rurales sont souvent plus homogènes et ont moins de diversité. Sur le plan des services culturellement appropriés, avez-vous identifié, dans les milieux ruraux, des défis liés à cette homogénéité de la population, qui cause un manque de compréhension et d'éducation spécifique aux milieux ruraux?

Mme Boutiyeb : J'aimerais plutôt parler d'une vision d'avenir. Une des choses à prendre en considération, c'est l'idée d'avoir ce genre de réflexion sur le système de santé. On veut que les communautés soient grandissantes et on encourage aussi l'immigration. Les communautés sont peut-être homogènes maintenant, mais on retrouve aussi des communautés d'accueil dans les régions rurales.

Comment peut-on justement prévenir et s'assurer de manière proactive d'avoir des services qui vont répondre adéquatement aux besoins en prévoyant ce genre de problématique? C'est dès le début, lorsqu'on met sur pied les services de santé, qu'il faut agir, alors qu'on a déjà cette lentille d'intersectionnalité dans la mire pour répondre aux besoins linguistiques et culturels.

Le président : Merci beaucoup, mesdames Enayeh et Boutiyeb. Vous avez des noms magnifiques et il faut savoir bien les prononcer. Je vous remercie de votre participation et de votre présence ce soir. Je tiens également à vous remercier pour votre manière de célébrer la diversité de la francophonie canadienne. Je suis un francophone qui est né ici et qui a vécu dans un certain environnement. Aujourd'hui, je trouve que nous sommes grandement enrichis par la présence d'une grande diversité au Canada. Je sais que, comme organismes et comme individus, vous célébrez cette diversité. Vous nous aidez aussi à la célébrer et à la voir comme un potentiel d'épanouissement pour nos communautés.

Merci à vous deux d'avoir été avec nous ce soir.

Chers collègues, pour notre troisième groupe, nous poursuivrons sur le thème des communautés vulnérables. Nous accueillons maintenant Zakary-Georges Gagné, *lead* aux communications et à la membréité pour le réseau Enchanté.

Bonsoir. Je vous souhaite la bienvenue et vous remercie d'avoir accepté notre invitation. Nous commencerons par vos remarques préliminaires et nous passerons ensuite aux questions. Vous avez la parole.

Zakary-Georges Gagné, Communications and Membership Lead, The Enchanté Network: Thank you very much, Mr. Chair [*Cree spoken*].

Good morning, everyone. My name is Zakary-Georges Gagné. I use pronouns “*Elle*” and “*la*” in French as well as feminine gender agreement. My traditional name is “Twisted Wind”, which is what I just stated in Eastern James Bay Cree, the language of my ancestors and my family. I am of mixed heritage: My mother is a Quebecer of French descent and my father is Cree from the Waswanipi Cree First Nation, in Northern Quebec. I am from the Beaver Clan. I am two-spirit and Communications and Membership Lead for The Enchanté Network.

I am pleased to be here today to highlight the need to work together to improve access to health services in French to everyone, regardless of gender, with a particular focus on gender-diverse people in our communities.

We are at a crossroads to ensure the well-being of people of the 2SLGBTQI+ community. In Canada and around the world, attempts to limit or prevent access to gender-affirming health services years are made, many of them through legislation. Prejudice, refusal to offer services, invalidation or humiliation are daily realities for two-spirit, queer and trans people who are trying to access the health system, whether for routine care or gender-affirming or sexual health services.

I am here to remind you of the urgency of taking into consideration the barriers and challenges, the realities and more specifically the essential needs of the 2SLGBTQI+ community when it comes to health care. As the largest network of 2SLGBTQI+ organizations in Canada, The Enchanté Network works alongside more than 230 organizations and groups that serve different communities. Those 230 organizations and groups are experts on 2SLGBTQI+ issues, have ideas for bringing transformative change and are ready to work in collaboration. Health, and particularly improving access to health services, is one of the main issues that are a number of members of The Enchanté Network are focusing on. We truly hope that you will reach out and work with us to create a radically safer and more caring future for everyone, without exception.

To create that future, here are my three recommendations:

First, make sure that every recommendation, every initiative and every investment is rooted in intersectionality. I am very happy to have heard Nour Enayeh, who spoke before me, mention this.

Zakary-Georges Gagné, lead aux communications et à la membréité, réseau Enchanté : Merci beaucoup, monsieur le président [*mots prononcés en cri*].

Bonjour à tous. Je m'appelle Zakary-Georges Gagné. J'utilise les pronoms « elle » et « la » en français et les accords au féminin. Mon nom traditionnel est « Twisted Wind », c'est ce qu'on dit dans la langue traditionnelle de mes ancêtres et de ma famille, qui est le cri de la baie James de l'est. Je suis d'héritage mixte : ma mère est Franco-Québécoise et mon père est Cri, de la Première Nation crie de Waswanipi, dans le Nord-du-Québec. Je suis du clan des castors. Je suis deux esprits et je suis *lead* aux communications et à la membréité au réseau Enchanté.

Je suis heureuse d'être avec vous aujourd'hui pour souligner l'importance de travailler ensemble pour améliorer l'accès aux services de santé en français pour « toustes ». Lorsque je fais référence à toustes, je porte une attention particulière aux personnes issues de la diversité sexuelle et de genre au sein de nos communautés.

Nous sommes actuellement à un point culminant pour assurer le bien-être des personnes 2ELGBTQI+. Au Canada comme dans le monde, des tentatives visant à limiter ou éliminer l'accès aux services de santé affirmatifs sont mises de l'avant, et plusieurs d'entre elles ont fait l'objet d'une législation. Les préjugés, le refus d'offre de services, l'invalidation ou l'humiliation sont des réalités courantes pour les personnes deux esprits, queers et trans qui tentent d'accéder aux services de santé, que l'on parle de services routiniers ou de services d'affirmation de genre ou de santé sexuelle.

Je suis ici pour vous rappeler l'urgence de considérer les barrières et les défis, les réalités, et plus précisément les besoins essentiels des personnes 2ELGBTQI+ en matière de santé. En tant que plus grand réseau d'organisations 2ELGBTQI+ au Canada, le réseau Enchanté travaille aux côtés de plus de 230 organisations et regroupements qui servent diverses communautés. Ce sont 230 organisations et regroupements qui sont des experts sur les enjeux 2ELGBTQI+, qui ont des idées pour créer des changements transformatifs et qui sont prêts à collaborer. La santé, et particulièrement l'amélioration de l'accès aux services de santé, est l'un des principaux enjeux sur lesquels se penchent plusieurs membres du réseau Enchanté. Nous espérons fortement que vous nous tendrez la main pour collaborer et créer ensemble un avenir radicalement plus sécuritaire et bienveillant pour toustes, sans aucune exception.

Pour créer cet avenir, voici mes trois recommandations :

Premièrement, ancrer toutes les recommandations, toutes les initiatives et tous les investissements dans l'intersectionnalité. Je suis très contente que Nour Enayeh, qui me précédait, en ait déjà parlé.

2SLGBTQI+ communities are fluid and diverse. People who have more than one marginalized identity face significant challenges and barriers.

In a recent survey titled “Back to Our Roots”, we consulted 400 2SLGBTQI+ and Black people. We found that 83% of 2SLGBTQI+ and Black people said that the health professionals they consulted were moderately informed, very little informed or not informed at all about their 2SLGBTQI+ identities, and 87% said the same thing about their racial identity. Those numbers are quite high.

Queer francophones are faced with the same issues. The French language, being binary and sometimes slow to evolve, creates obvious barriers to the affirmation of gender-diverse people, both within our communities and in the health care system. Academic and community resources in French are still extremely limited, and this lack of resources creates delays in the inclusion of 2SLGBTQI+ people and less informed services, both within the francophonie and the English-speaking population.

Adopting intersectional approaches that promote self-determination and collaborative participation and are trauma-informed is essential.

Second, I urge you to invest in and focus on sustainable initiatives and sustainable programs by and for 2SLGBTQI+ people. I want to emphasize the “by and for” concept today. I also invite you to have confidence in our communities; for decades, we have been compensating for the flaws and shortcomings of the systems and finding alternative solutions within our communities. In the “Back to Our Roots” survey, 18% of respondents said that they turn to health care professionals for advice on sexual health and gender-affirming care.

Finally, I invite you to prioritize joy and beauty within the policies and initiatives that are developed. It is necessary to develop initiatives that promote and amplify beauty and that speak to the core of the two-spirit, queer and trans experience. There are many barriers and challenges, but the breadth of the two-spirit, queer and trans experience is also filled with resilience, brilliance and celebration. Our solutions must reflect all of these aspects.

Thank you for your attention and your open-mindedness. I look forward to further discussing this with you, answering your questions and creating together a radically safer future for everyone. *Chi-meegwetch.*

Les communautés 2ELGBTQI+ sont fluides et diversifiées. Les gens qui se retrouvent à plus d'une identité marginalisée font face à des défis et des barrières importantes.

Dans un récent sondage intitulé Retrouver nos racines, nous avons questionné 400 personnes 2ELGBTQI+ et noires. On a noté que 83 % des personnes noires et 2ELGBTQI+ disaient que les professionnels de la santé qu'elles ont consultés étaient modérément informés, très peu informés ou pas du tout informés sur leurs identités 2ELGBTQI+, et 87 % ont dit la même chose, mais sur leur identité raciale. Ce sont des chiffres assez élevés.

C'est la même chose pour les francophones queers. La langue française, une langue binaire et parfois un peu stationnaire, crée des barrières flagrantes pour l'affirmation des personnes de la diversité de genre, autant dans nos communautés que lorsqu'on offre des services de santé. Les ressources universitaires et communautaires en français sont encore trop peu nombreuses, et ce manque de ressources se fait ressentir par un retard dans l'inclusion 2ELGBTQI et dans l'offre de services moins informés tant au sein de la francophonie que du côté de l'anglophonie.

Il est primordial d'adopter des approches intersectionnelles qui favorisent l'autodétermination et la participation collaborative et qui considèrent les traumas vécus par les bénéficiaires.

Deuxièmement, je vous implore d'investir et de miser sur les initiatives et les programmes durables par ou pour les personnes 2ELGBTQI+. Je me fais l'écho du par et pour aujourd'hui. Je vous invite également à faire confiance à nos communautés; cela fait des dizaines d'années que nous répondons nous-mêmes aux failles et aux lacunes des systèmes et que nous développons des solutions de rechange au sein de nos communautés. Dans le sondage Retrouver nos racines, 18 % seulement des répondants et des répondantes ont dit se tourner vers les professionnels de la santé pour des conseils en matière de santé sexuelle et d'affirmation de genre.

Enfin, je vous invite à privilégier les joies et les beautés au sein des politiques et des initiatives qui sont développées. Il est nécessaire de développer des initiatives qui permettent de favoriser et d'amplifier la beauté et qui sont au cœur même des expériences deux esprits, queers et trans. Les barrières et les défis sont nombreux, mais l'étendue des expériences queers, deux esprits et trans nous montre aussi qu'il y a de la résilience, de la brillance et de la réjouissance. Nos solutions doivent refléter toutes ces dimensions.

Je vous remercie de m'avoir écoutée et de votre ouverture d'esprit. J'ai bien hâte de discuter avec vous, de répondre à vos questions et de créer ensemble un avenir radicalement plus sécuritaire pour tous. *Chi-miigwech.*

The Chair: Thank you very much for your presentation. We will move on to questions and answers. I will first give the floor to the Deputy Chair of the committee, Senator Poirier.

Senator Poirier: Thank you for being with us this evening. As coordinator of francophone engagement for The Enchanté Network, what are the challenges you hear the most about from your members in terms of access to health care services in French?

Zakary-Georges Gagné: Let me give you a personal example. During my first year at The Enchanté Network, I worked as coordinator for francophone engagement, and I am now with the communications and membership team. Here is a very personal example in terms of access to services that many people in our communities have experienced. When I personally decided to access gender-affirming services, I cannot even ask if those services are available in French.

I live in Kingston, which is a semi-urban area, but when I access these services, I first have to ask myself, when talking about mental health or gender affirmation, if I will be targeted because of my gender identity or my indigenousness. Am I going to be invalidated or discredited, because I do not know the systems well enough, because I do not know myself well enough? I am young, also. Sometimes I will be told that I have to wait and that it is too early to do certain things.

I have a lot of questions: Does the person who provides the service will recognize my identities, know how to talk to me and how to affirm my gender, will be aware of the necessary procedures and ways to support trans and two-spirit people through their transition? After asking myself all of these questions, I cannot afford to wonder whether those services will be available in French or not, because I would certainly take a very long time to get services in French in a city like Kingston. In many cities outside Quebec, services in French that are not only affirming but also well informed are extremely limited. Often, people who identify as 2SLGBTQI+ are refused services. It will sometimes be assumed that these people have mental health issues when all they need is to be supported through a social, legal and medical transition.

So there are a number of barriers to accessing and obtaining services before even trying to navigate the system.

Senator Poirier: In your opinion, is Health Canada doing enough to take into account the needs of official language minority communities who are also part of the 2SLGBTQI+ community, and why?

Le président : Merci beaucoup pour cette présentation. Nous allons passer à la période des questions et réponses. Je vais d'abord donner la parole à la vice-présidente du comité, la sénatrice Poirier.

La sénatrice Poirier : Merci d'être avec nous ce soir. En tant que coordonnatrice de l'engagement francophone pour le réseau Enchanté, quels sont les défis dont vous entendez le plus parler de la part de vos membres en matière d'accès aux services de soins de santé en français?

Zakary-Georges Gagné : Je vous donne un exemple très personnel. J'ai commencé au réseau Enchanté en tant que coordonnatrice à l'engagement francophone la première année, et maintenant je suis aux communications et à la membriété. Voici un exemple très personnel en matière d'accès aux services qui est partagé par beaucoup de gens dans nos communautés. Lorsque je décide personnellement d'avoir accès à des services d'affirmation de genre, je ne peux même pas me demander si ces services seront en français.

J'habite à Kingston, qui est une région semi-urbaine, mais lorsque je m'adresse à ces services, je dois me demander en premier lieu, lorsque je parle de santé mentale ou de besoins en matière d'affirmation de genre, si on va blâmer mon identité sexuelle ou mon autochtonie. Est-ce qu'on va m'invalider, me décrédibiliser, parce que je ne connais pas assez les systèmes, parce que je ne me connais pas assez moi-même? Je suis jeune, aussi. On va me dire parfois qu'il faut attendre et qu'il est trop tôt pour faire certaines choses.

Je me pose beaucoup de questions : est-ce que la personne qui va me servir connaîtra mes identités, saura comment me parler, comment affirmer mon genre, sera au courant des procédures nécessaires et des façons d'accompagner les personnes trans et deux esprits au moment d'une transition? Après m'être posé toutes ces questions, je ne peux pas me demander si ces services seront en français ou non, parce que j'attendrais certainement très longtemps pour obtenir des services en français dans une ville comme Kingston. Dans plusieurs villes à l'extérieur du Québec, des services en français qui sont non seulement affirmatifs, mais informés sont très peu accessibles. On voit souvent un refus d'offrir des services aux personnes qui s'identifient comme 2ELGBTQI+. Parfois, on présupposera que cette personne a des problèmes de santé mentale, alors que tout ce dont elle a besoin, c'est d'être accompagnée dans une transition sociale, légale et médicale.

Il y a donc plusieurs barrières pour ce qui est de recevoir et d'avoir accès à des services avant même de devoir naviguer dans ce système.

La sénatrice Poirier : D'après-vous, est-ce que Santé Canada prend suffisamment en compte les besoins des communautés de langue officielle en situation minoritaire qui font aussi partie de la communauté 2ELGBTQI+, et pourquoi?

Zakary-Georges Gagné: I think that there is a lot more work to do than what is being done right now. Earlier, Ms. Enayeh talked about interdepartmental collaboration. I think there are connections to be made between Health Canada and the work being done in that department with the Federal 2SLGBTQI+ Action Plan launched in August 2022. How can we ensure that 2SLGBTQI+ communities are represented within a much greater community, the Canadian francophonie? Often, we tend to dilute our impact on double minorities within these communities, because we just want to have services in French. It is the basic thing that we want first and foremost: services in French. How can we make sure that we have services in French that are good for everyone and not just for the majority? They do say that services already exist and are good for everyone, but we know that this is not the truth. I think that there is more and more work to be done to connect Health Canada's work with what is being done by various departments, such as Women and Gender Equality Canada and the Federal 2SLGBTQI+ Action Plan.

Senator Poirier: I know that you have made recommendations regarding where to begin and what can be done. Do you have any more recommendations to improve the situation? How can the federal government do more? Can you tell us about other challenges besides those you already mentioned?

Zakary-Georges Gagné: Canadian 2SLGBTQI+ organizations need funding. When we ask our 230 members what their number one priority is, most mention funding. And they are not simply talking about funding for a one-year project that will not be renewed even if it is vital for the community.

Senator Poirier: Are you saying that you have no funding at this time?

Zakary-Georges Gagné: The Enchanté Network?

Senator Poirier: Yes.

Zakary-Georges Gagné: No, we do have funding. Many of our members, however, no longer receive any. They spend a tremendous amount of time developing important programs for their community, but they are told that they cannot apply for projects that have already received funding.

Capacities and initiatives are being created to meet the needs of the communities, and 2SLGBTQI+ organizations in Canada are more than capable of serving the communities, especially in terms of health. However, they do not have the means to continue to develop these programs because their funding runs out after a year and they cannot apply for additional funding

Zakary-Georges Gagné : Je crois qu'il y a beaucoup plus de travail à faire que ce qui se fait présentement. Plus tôt, Mme Enayeh parlait de travail interministériel. Je crois qu'il y a des liens à faire entre Santé Canada et le travail que fait ce ministère en lien avec le Plan d'action fédéral 2ELGBTQI+ lancé en août 2022. Comment peut-on s'assurer que les communautés 2ELGBTQI+ sont représentées au sein d'une communauté qui est plus grande, soit la francophonie canadienne? Souvent, on a tendance à diluer notre impact sur les doubles minorités au sein de ces communautés, parce qu'on veut juste avoir des services en français. C'est la première chose de base que l'on souhaite : des services en français. Comment peut-on s'assurer d'avoir des services en français qui sont bons pour tous et pas seulement pour la majorité? Oui, nos services existent et ils sont bons pour tout le monde, alors qu'on sait que ce n'est pas la vérité. Je pense qu'il y a de plus en plus de travail à faire pour relier le travail de Santé Canada à celui de différents ministères comme Femmes et Égalité des genres Canada et le Plan d'action fédéral 2ELGBTQI+.

La sénatrice Poirier : Je sais que vous avez fait des recommandations pour savoir par où on peut commencer et ce qu'on peut faire. Est-ce qu'il y a d'autres choses que vous pourriez nous recommander pour améliorer la situation? Qu'est-ce que le gouvernement fédéral peut en faire en plus? Pourriez-vous nous parler d'autres défis que ceux dont vous nous avez déjà parlé?

Zakary-Georges Gagné : Il faudrait financer les organisations 2ELGBTQI+ au Canada. Lorsqu'on demande à nos 230 membres ce qui serait leur priorité numéro 1, la majorité affirme que c'est de trouver du financement. Ce n'est pas seulement avoir du financement pour un projet qui va durer un an et qui va tomber à l'eau la prochaine fois, alors que le service est essentiel pour la communauté.

La sénatrice Poirier : Vous voulez dire que vous n'avez aucun financement actuellement?

Zakary-Georges Gagné : Le réseau Enchanté?

La sénatrice Poirier : Oui.

Zakary-Georges Gagné : Non, on a du financement. Par contre, il y a beaucoup de membres qui ne reçoivent plus de financement et qui passent beaucoup de temps à développer des programmes importants pour leur communauté, mais ensuite on leur dit qu'ils ne peuvent pas poser encore une fois leur candidature pour un projet qui a déjà été financé.

On crée des capacités et des initiatives qui répondent aux besoins et les organisations 2ELGBTQI+ au Canada sont plus que compétentes pour servir les communautés, surtout en matière de santé. Par contre, elles n'ont pas les moyens de continuer à développer ces programmes, parce que leur financement tombe à l'eau un an après et qu'elles ne peuvent pas demander

to keep their projects going. One of the key recommendations is to provide sustainable funding, core funding, to provide for ongoing operations, not just for programs, but to retain their staff and keep projects and initiatives going, not just for a one-year or three-year period, but on an ongoing basis.

Senator Poirier: Thank you.

The Chair: I have a supplementary question. Do you have any data or information to determine whether there are funding inequalities between francophone and anglophone organizations? Is it only a matter of perception, or is there specific information that point to the underfunding of francophone organizations?

Zakary-Georges Gagné: In 2022, we surveyed queer and trans organizations across the country. We managed to get 52 organizations from across the country to put their data together to determine where their funding came from and what it was being used for. I am very pleased with the report that was released earlier this year by the committee. Unfortunately, there is a small flaw, in that some of the data in the report does not differentiate between francophone and anglophone organizations. I can use the situation in the Atlantic as an example. There are about six, seven or eight Atlantic organizations that serve the francophone and Acadian 2SLGBTQI+ communities, and every year, Women and Gender Equality Canada only gives funding to one of these organizations for a year or two. After that, they give their funding to another organization.

Figuring out where the funding is going in the region is like playing Russian roulette. The Atlantic is a large and diverse region where every organization should have access to guaranteed and stable funding instead of stealing the money from one another as they currently do. Who is going to have the best funding application? Who is going to get the money? One organization being granted funding means that another one will not. It is the same thing in western Canada, in the north and in the Atlantic.

The Chair: Thank you.

Senator Clement: Thank you for being here. It's really good to have you here. I like your use of the words "radically safer." I had the same question as Senator Poirier on funding. You just talked about the fact that we only fund organizations that have cultural expertise, which creates competition between them and that's terrible.

du financement pour le renouvellement de leurs projets. Une des principales recommandations, c'est d'offrir du financement durable, un financement de base, pour établir les fonctions, pas seulement pour les programmes, mais aussi pour garder leur personnel, leurs projets et leurs initiatives en cours, pas seulement pour une période d'un an ou trois ans, mais de façon continue.

La sénatrice Poirier : Merci.

Le président : J'ai une question complémentaire. Est-ce que vous avez des données ou de l'information vous permettant de déterminer s'il y a, sur le plan du financement, des inégalités entre les organisations francophones et anglophones? Est-ce que c'est une perception, ou est-ce qu'il y a de l'information précise qui permet de dire qu'il y a moins de financement chez les francophones que chez les anglophones?

Zakary-Georges Gagné : En 2022, on a fait des sondages auprès des organisations queers et trans partout au pays. On a réussi à avoir 52 organisations de partout au pays qui ont rassemblé leurs données pour déterminer d'où provenait leur financement et à quoi il leur servait. Donc, je suis heureuse de ce rapport publié un peu plus tôt cette année avec le comité. Malheureusement, il y a une petite lacune, car il ne fait pas la différence dans certaines données entre la francophonie et l'anglophonie. Ce que je peux mettre de l'avant, c'est la situation dans l'Atlantique. Il y a environ six, sept ou huit organisations de l'Atlantique qui servent les francophones et les Acadiens 2SLGBTQI+ et chaque année, Femmes et Égalité des genres Canada ne donne du financement qu'à une seule de ces organisations pour un an ou deux. Après, ils donnent leur financement à une autre organisation.

C'est un peu la roulette russe pour savoir où ira le financement dans la région. L'Atlantique, c'est grand, c'est diversifié, ce sont de grands territoires où chaque organisation devrait avoir accès à du financement certain et durable, alors que maintenant, elles se le volent toutes entre elles. Qui aura la meilleure demande de financement, qui va le recevoir? Dès qu'une organisation reçoit du financement, cela veut dire qu'une autre ne le recevra pas. C'est pareil dans l'Ouest canadien, dans le Nord et dans l'Atlantique.

Le président : Merci.

La sénatrice Clement : Merci d'être ici. C'est vraiment bien de vous avoir parmi nous. J'aime l'usage des mots « radicalement plus sécuritaire ». J'avais la même question que la sénatrice Poirier sur le financement. Vous venez de parler du fait qu'on ne finance que les organismes qui ont de l'expertise sur le plan de la compétence culturelle; cela crée donc une compétition entre eux et c'est terrible.

I'd like you to tell me more about French as a binary language and how all that has an impact on the trans community in particular. Also, could you tell us about your suggestion to structure recommendations around joy and beauty?

[English]

In the Black community, we talk about Black joy.

[Translation]

We don't talk about that enough. We talk about the challenges, the anger, the issues, but rarely do we mention the joy. I don't know if that's the same idea.

Zakary-Georges Gagné: Thank you for the questions. First of all, when you talked about the organizations that have the expertise, I would add that they also train health professionals in the private and public systems. They develop training initiatives to improve those systems and then they don't get any funding. I wanted to add that. These organizations have skills and they share them as well.

In terms of inclusive language and barriers in French, French is a very religious, colonial language. Intrinsically, it's a language that came to our lands with the arrival of the Christian Catholic Church, which passed it on to the Indigenous communities and created colonies throughout the lands of Turtle Island. This religious and colonial heritage is felt in the rigidity of the French language.

English often uses adjectives, verbs and determinants that don't require choosing between masculine and feminine, whereas if you're speaking to me in French, I can know how you perceive my gender with every sentence. I've already heard a "he" or a male adjective. It can make me feel very uncomfortable in the conversation, but above all, it can make me feel misunderstood. I will probably want to withdraw from the conversation because I don't think you'll be able to understand more than my gender, to understand my ideas and my realities, the shoes I walk in. We can think of determinants, adjectives, pronouns and common names.

There are methods that are developed to talk about inclusive language. There's also neutral grammar. On October 4, 2022, the Government of Canada issued guidelines for the use of gender-neutral language that talk about doublets. So we talk about "*participantes*" and "*participants*" or we recommend using the midpoint to get "*participant.e.s*." When you read it, you simplify it like that. There are a lot of other things. For example, if I talk to you about your "*partenaire*," I would then have to say "*sa partenaire*" or "*son partenaire*." So, there are always gaps

Je voudrais que vous me fassiez plus de commentaires au sujet du français comme langue binaire et comment tout cela a un impact sur la communauté trans en particulier. Et aussi, pourriez-vous nous dire comment vous suggérez de centrer les joies et les beautés dans les recommandations?

[Traduction]

Dans la communauté noire, nous parlons de la joie noire.

[Français]

On n'en parle pas vraiment assez. On parle des défis, de la colère, des problèmes, mais pas toujours de la joie. Je ne sais pas si c'est le même concept.

Zakary-Georges Gagné : Merci pour les questions. Premièrement, quand vous avez parlé des organismes qui ont les compétences, on peut dire qu'ils forment aussi les professionnels de la santé dans le système privé et public. Ils développent des initiatives de formation pour améliorer ces systèmes et ensuite, ils ne reçoivent pas de financement. Je voulais ajouter cela. Ces organismes ont des compétences et ils les partagent aussi.

Pour ce qui est du langage inclusif et des barrières du français, le français est une langue coloniale très religieuse. Intrinsèquement, c'est une langue qui est arrivée sur nos terres avec l'arrivée de l'Église catholique chrétienne qui l'a transmise aux communautés autochtones et qui a créé des colonies un peu partout sur les terres de l'île de la Tortue. Cet héritage religieux et colonial se fait ressentir dans la rigidité de la langue française.

En anglais, on peut souvent utiliser des adjectifs, des verbes et des déterminants qui ne nécessitent pas de choisir entre le masculin et le féminin, alors qu'en français, à chaque phrase, si vous me parlez, je peux savoir comment vous percevez mon genre. J'ai déjà entendu un « il » ou un adjectif masculin. Moi, cela peut me faire sentir très mal à l'aise dans la conversation, mais surtout de me faire sentir incomprise. J'aurai probablement envie de me retirer de la conversation parce que je ne pense pas que vous serez capable de comprendre plus loin que mon genre, de comprendre mes idées et mes réalités, les souliers dans lesquels je marche. On peut penser aux déterminants, aux adjectifs, aux pronoms et aux noms communs.

Il y a des méthodes qui sont développées pour parler de langage inclusif. Il y a aussi la grammaire neutre. Le 4 octobre 2022, le gouvernement du Canada a émis des lignes directrices pour utiliser le langage épicène et on y parle des doublons. Donc, on parle des « *participantes* » et « *participants* » ou on recommande d'utiliser le point médian pour faire « *participant.e.s* ». À la lecture, on le simplifie comme ça. Il y a énormément d'autres éléments. Par exemple, si je vous parle de votre « *partenaire* », je devrai dire ensuite « *sa partenaire* » ou

in French that force us to choose a gender, which complicates the representation of fluidity in queer, trans and two-spirit experiences.

Your last question was about queer joy. It's very similar. Obviously, Black joy, queer joy and trans joy are different realities. Those in the margins of a community come together. We have to be together to be resilient, to get through the challenges and, thanks to these connections, we develop exponential relationships that allow us to experience layers of emotion that heterosexual or cisgender people couldn't understand. It's not that they can't access them, it's that they're not on the margins of the community and so aren't forced to rely on each other because of their gender identity or gender expression and identity.

So for me, queer joy, for example, it can mean that when I get together with friends to talk about how my week was, it's really refreshing to be able to talk to people that I don't have to explain all the little codes to, all the innuendoes, all the nuances in my experience, because they also experience it.

By coming together and understanding each other, we can develop ways to support each other that are probably much more effective than what the health systems and mental health service providers could offer me as support, because I'm talking to people who are experiencing the same things I am and understand me.

We can celebrate that and find beauty, because we can overcome the challenges and issues when we come together.

[English]

Senator Clement: This is a personal question. I wonder, do you know if trans and queer communities are inspired at all by the civil rights movement and by the work that Black communities in the U.S. did in the 1960s?

[Translation]

Zakary-Georges Gagné: I think there are undeniable parallels, in part because the gay rights movement was also started by trans women and people of various genders who were Black, Latinos, and Indigenous. I think these movements are intrinsically linked and inseparable.

« son partenaire ». Donc, il y a toujours des failles dans le français qui nous obligent à choisir un genre, ce qui complique la représentation de la fluidité dans les expériences queers, trans et bispirituelles.

Votre dernière question concernait la joie queer. C'est très semblable. C'est sûr que ce ne sont pas les mêmes réalités entre les *black joy*, *queer joy* et *trans joy*. Le fait de se retrouver à la marge d'une communauté, cela nous fait nous rassembler. On est obligé d'être ensemble pour être résilient, pour passer à travers les défis et à grâce à ces rapprochements, on développe des relations exponentielles qui nous permettent de vivre des couches d'émotion que les personnes hétérosexuelles ou cisgenres ne pourraient pas comprendre. Ce n'est pas qu'elles n'y ont pas accès; c'est qu'elles ne se retrouvent pas à la marge de la communauté et elles ne sont pas forcées de compter l'une sur l'autre en raison de leur identité sexuelle ou de leur expression de genre et identité de genre.

Donc, pour moi, la *queer joy*, par exemple, cela peut vouloir dire que lorsque je me retrouve avec des amis pour parler de ce qui s'est passé dans ma dernière semaine, c'est vraiment rafraîchissant de pouvoir parler à des gens à qui je n'ai pas besoin d'expliquer tous les petits codes, tous les sous-entendus, toutes les nuances dans mon expérience, parce qu'ils le vivent aussi.

Ensemble, en se comprenant, on peut développer des moyens de se soutenir qui sont probablement beaucoup plus effectifs et efficaces que ce que les systèmes de santé et les prestataires de services de santé mentale pourraient m'offrir comme soutien, parce que je parle à des gens qui vivent les mêmes choses que moi et me comprennent.

On peut célébrer cela et trouver la beauté, parce qu'on peut passer par-dessus les défis et les enjeux lorsqu'on se retrouve ensemble.

[Traduction]

La sénatrice Clement : C'est une question personnelle. Savez-vous si les communautés trans et queer sont inspirées d'une quelconque façon par le mouvement pour la défense des droits civiques et par le travail que les communautés noires ont fait aux États-Unis dans les années 1960?

[Français]

Zakary-Georges Gagné : Je crois que les liens sont indéniables, notamment parce que le mouvement de défense des droits des gais a aussi été lancé par des femmes trans et des personnes de divers genres qui étaient noires, latinos et autochtones. Je pense que ces mouvements sont intrinsèquement liés et inséparables.

There are certainly influences on the strategies we use to advocate and talk about our identities. For example, in our communities, many people forget to recognize their roots. When we talk about intersectionality, we're talking about a movement and a piece of advice that was presented by a Black woman, Kimberlé W. Crenshaw, who talked about injustice in terms of the employment of Black women, but now it's being used for many concepts. It's often used incorrectly as well, because we're talking about the intersection of identities, but it's the relationship of those entities with power systems; that's intersectionality.

I can be a lot of things, and if the systems treat me well, we're not talking about intersectionality, because I'm just me and the system serves me well, so it's okay. The issue is with relationships: How can you hit on the systems and everything that I am?

I think we forget to thank, to show our gratitude to our roots in the American Afrofeminist and civil rights movements.

[English]

Senator Clement: You don't forget to do it.

[Translation]

Zakary-Georges Gagné: Thank you.

Senator Mégie: Thank you for being here.

I heard you talk about the rivalry between the various groups, who are all fighting over budgets since they all share the same goals.

Do you think there's a way for the federal government to allocate funds globally instead of handing out small amounts? As for you, as smaller groups, would you be able to come together in a more constructive way when you get funding?

I'm sure that you've already thought about this, or that your group has. Do you see something beautiful on the horizon?

Zakary-Georges Gagné: Thank you for your question, senator.

That is the very point of The Enchanté Network. The network was created in 2018 because the various pride centres weren't able to connect, because projects were duplicated and knowledge and experiences were never shared within our organizations. That's why The Enchanté Network was created.

Il y a certainement des influences sur les stratégies qu'on emploie pour faire notre plaidoyer et parler de nos identités. Par exemple, dans nos communautés, il y a beaucoup de gens qui oublient de faire la reconnaissance de leurs racines. Quand on parle d'intersectionnalité, on parle d'un mouvement et d'un conseil qui a été présenté par une femme noire, Kimberlé W. Crenshaw, pour parler des injustices sur le plan de l'emploi des femmes noires, mais on l'utilise maintenant pour plein de concepts. On l'utilise souvent de façon erronée aussi, parce qu'on parle de l'intersection des identités, mais il s'agit des relations de ces entités avec les systèmes de pouvoir; c'est cela, l'intersectionnalité.

Moi, je peux être plein de choses et si les systèmes me traitent convenablement, on ne parle pas d'intersectionnalité, parce que je suis juste moi et que le système me sert bien, donc ça va. Le problème, ce sont les relations : comment est-ce qu'on se frappe aux systèmes et à tout ce que je suis?

Je pense qu'on oublie de remercier, de montrer notre gratitude envers nos racines au sein des mouvements afroféministes et des mouvements de droits civils aux États-Unis.

[Traduction]

La sénatrice Clement : Vous ne l'oubliez pas.

[Français]

Zakary-Georges Gagné : Merci.

La sénatrice Mégie : Merci d'être parmi nous.

Je vous ai entendue parler de la rivalité qui existe dans différents groupes, justement pour courir après les budgets, puisque vous vissez tous le même but.

Pensez-vous qu'il y aurait un moyen pour le gouvernement fédéral qui pourrait, au lieu de donner de petits montants, offrir quelque chose de plus global? Et vous, en tant que petits groupes, seriez-vous capables de vous unir pour que cela soit plus constructif lorsque vous recevez les budgets?

Je suis sûre que vous y avez déjà réfléchi ou que votre groupe y a déjà réfléchi. Voyez-vous quelque chose de beau qui arrive?

Zakary-Georges Gagné : Merci de votre question, madame la sénatrice.

C'est exactement pour cela que le réseau Enchanté existe. Le réseau a été créé en 2018, parce que les centres de fierté n'avaient pas moyen d'être connectés ensemble, parce que les projets se dédoublaient et que les connaissances et les expériences n'étaient jamais partagées au sein de nos organisations. C'est pour cela qu'est né le réseau Enchanté.

In 2021, we published a recommendations report for funders, to provide advice on how to provide informed funding programs, particularly for 2SLGBTQI communities. There are already a lot of recommendations in there, so I won't bother rereading them.

Right now, in terms of collaborations, the systems aren't encouraging our organizations to work together. They encourage competition and a scarcity mentality, whereas there would be ways to include 2SLGBTQI organizations to develop truly collaborative funding programs so that they can inform the processes.

When we talk about collaborative processes, it's not just the evaluation of the applications for collaborative funding, where community members are invited to evaluate the applications for funding that are submitted; this means involving community organizations and queer communities in developing funding programs so that these programs truly represent the funding needs.

I believe that by involving them in the development of a funding program within various departments that want to support the well-being of 2SLGBTQI communities, eventually, we would develop funding channels that would encourage collaboration and alignment of networks — such as The Enchanté Network — and there might be ways to fund a national organization like The Enchanté Network that would then distribute to its members, more specifically and more actively, the funding they need.

We know our members, we work with them every day and we know which members could work together and which ones would benefit from community connections. We already do that; every week, we have networking and community connections programs. Why not trust organizations such as ours to disseminate this funding and allow for more relevant, collaborative and inclusive programs to emerge from these projects?

Senator Mégie: You also mentioned earlier that your organization could meet health professionals on the ground to educate them on your reality. I think that it would be a positive thing if that happened more often.

Did you get any positive feedback on the experiences you've had doing that? Did that result in fewer negative reactions to members of your communities when they come into a hospital environment? Could you tell us a bit more about that?

Zakary-Georges Gagné: The Enchanté Network sometimes offers training to community health centres or organizations that provide training. For example, I can think of the

En 2021, on a publié un rapport de recommandations pour les bailleurs de fonds, pour donner des conseils sur les manières d'offrir des programmes de financement informés, et ce, particulièrement pour les communautés 2ELGBTQI. Il y a déjà plein de recommandations qui se trouvent là-dedans et je ne passerai pas de temps à les relire.

En ce moment, pour ce qui est des collaborations, les systèmes n'encouragent pas nos organisations à travailler ensemble. Elles encouragent la compétition et une mentalité de rareté, alors qu'il y aurait des moyens d'inclure les organisations 2ELGBTQI pour développer des programmes de financement vraiment participatifs pour qu'elles puissent informer les processus.

Lorsqu'on parle de processus participatif, il ne s'agit pas seulement de l'évaluation des demandes de financement participatives où l'on invite les membres des communautés à évaluer les demandes de financement soumises; il s'agit d'impliquer les organisations communautaires et les communautés queers à développer des programmes de financement pour que ces programmes représentent réellement les besoins de financement.

Je crois qu'en les impliquant dans le développement d'un programme de financement au sein de différents ministères qui veulent soutenir le bien-être des communautés 2ELGBTQI, on finirait par développer des canaux de financement qui favoriseraient la collaboration et l'alignement des réseaux — comme le réseau Enchanté — et il y aurait peut-être des moyens de financer un organisme national comme le réseau Enchanté pour disséminer ensuite à nos membres, de façon plus précise et plus active, le financement dont ils ont besoin.

Nous, on connaît nos membres, on travaille avec eux au quotidien et on sait quels membres pourraient travailler ensemble et lesquels bénéficieraient de connexions communautaires. Cela, on le fait déjà; chaque semaine, on a des programmes de réseautage et de connexions communautaires. Pourquoi ne pas faire confiance à des organismes comme le nôtre pour disséminer ce financement et permettre à des programmes plus pertinents, plus collaboratifs et plus englobants de naître de ces projets?

La sénatrice Mégie : Vous avez dit aussi un peu plus tôt que votre groupe peut aller rencontrer des professionnels de la santé pour les informer sur votre réalité. Je pense que ce serait positif si cela pouvait s'étendre.

Est-ce que vous avez eu de la rétroaction positive sur les expériences que vous avez eues par rapport à cela? Est-ce que cela a diminué les réactions négatives face aux membres de vos communautés lorsqu'ils se présentent dans un centre hospitalier? Pouvez-vous nous parler un peu de cela?

Zakary-Georges Gagné : Le réseau Enchanté offre parfois des formations à des centres communautaires de santé ou à des organismes qui font de la formation. Par exemple, je pense

Learning Network out of Western University, which provides training and professional development opportunities for professionals who serve survivors of sexual and gender-based violence.

When we offer these courses, we quickly realize that people don't need to know the entire 2SLGBTQI lexicon or to experience our realities all the time, but they need to change the way they perceive these differences when they serve these people. So, in these training sessions, we build confidence just so that we're not afraid to talk about these things. We deconstruct the preconceived ideas and biases that influence how people are served.

We see real change when we conduct surveys after conferences or training. People tell us that they feel more comfortable talking, asking questions and starting a dialogue. When we talk about building solidarity with people who aren't part of our communities, we often tell them to go and read in their living rooms, because there are podcasts and movies available. This self-directed work is very important to reduce the emotional work that diverse people need to do and the microaggressions they experience when they educate their peers. However, this self-directed work will never eliminate the fear of saying the wrong thing, of offending someone or of espousing totally erroneous notions.

What we're trying to promote — and what some of our members are also promoting — is the need to start a dialogue. Non-queer organizations need to speak or develop a partnership or connection with a 2SLGBTQI community, group or organization. The simple fact of having these relationships will lead to the emergence of initiatives and of collaborative funding requests.

Specifically, I'm thinking of an organization in our network called TransEstrie and also of the Coalition d'aide à la diversité sexuelle de l'Abitibi-Témiscamingue, two organizations that work with CIUSSS or health services groups to create health navigation corridors for trans and 2SLGBTQI people. These organizations have connections with 2SLGBTQI communities, so they can inform their communities about all the services that are offered and support them when they have to deal with those services. It makes it easier for us to go to a doctor and not know whether he's going to serve us in the way we need or whether he's going to understand us. Our organizations can work together to develop these channels; that makes it much easier for members of our communities to access them.

au Learning Network qui est basé à l'Université Western, qui offre des formations et des possibilités de développement professionnel pour les professionnels qui servent les personnes survivantes de violence sexuelle et de violence basée sur le genre.

Lorsqu'on offre ces formations, on se rend vite compte que les gens n'ont pas besoin de connaître tout le lexique du 2ELGBTQI ni de vivre nos réalités constamment, mais ils ont besoin de changer leurs façons de percevoir ces différences quand elles servent ces personnes. Donc, dans ces formations, on développe la confiance pour tout simplement ne pas avoir peur de parler de ces choses. On déconstruit les idées préconçues et les préjugés qui influencent sur la façon dont on sert une personne.

On voit des changements qui sont très concrets quand on fait des sondages après des conférences ou des formations. Les gens nous disent qu'ils se sentent plus à l'aise de parler, de poser des questions et d'entrer dans le dialogue. Quand on parle de construire de la solidarité auprès de personnes qui ne font pas partie de nos communautés, on va souvent leur dire d'aller lire dans leur salon, car il existe des balados et des films. Ce travail autonome, il est très important de le faire pour diminuer les microagressions ou le travail émotionnel que les personnes de la diversité doivent faire pour éduquer leurs pairs. Cependant, ce travail autonome ne brisera jamais la peur de dire la mauvaise chose, de blesser quelqu'un ou d'avoir un concept complètement faux.

Ce qu'on essaie de mettre de l'avant — et ce que certains de nos membres mettent de l'avant aussi —, c'est d'entamer un dialogue. Lorsque vous n'êtes pas une organisation queer, parlez ou développez un partenariat ou une connexion avec une communauté, un regroupement ou une organisation 2ELGBTQI. Simplement en ayant des relations, il y aura des initiatives qui ressortiront et des demandes de financement qui seront écrites en collaboration.

Je pense notamment à une organisation de notre réseau qui s'appelle TransEstrie et aussi à la Coalition d'aide à la diversité sexuelle de l'Abitibi-Témiscamingue, deux organisations qui travaillent avec des CIUSSS ou des agglomérations de services de santé pour créer des corridors de navigation de santé pour les personnes trans et les personnes 2ELGBTQI. Ces organismes ont des connexions avec les communautés 2ELGBTQI, donc ils peuvent informer leurs communautés sur tous les services qui sont offerts et les soutenir quand elles ont affaire à ces services. Cela facilite l'incertitude que l'on vit quand on va voir un médecin, mais qu'on ne sait pas s'il va nous servir de la façon dont nous avons besoin ou s'il va nous comprendre. Nos organismes peuvent collaborer à travailler et à développer ces canaux; cela facilite beaucoup l'accès pour les membres de nos communautés.

Senator Moncion: I'd like to thank you for your testimony. I've learned so much.

Earlier, you talked about people who are unfamiliar with the subject and you said that they should be encouraged to get informed. I realize that your network is organizing and seems well organized.

I'd like to come back to the provincial government's funding. You receive funding from the federal government, but the provincial government still has a role to play, surely.

I know that when she was premier of Ontario, Ms. Wynne was open to education. We have to start somewhere. She was talking about different sex education in schools. The current premier has changed everything with respect to education and the openness that we should be showing the general public today, regardless of the choices people make and with all due respect for people's choices. I'd like to know what kind of barriers you've encountered, for example, with the provincial governments.

Zakary-Georges Gagné: I'm the former president of an organization in our network called FrancoQueer, which is an association for Franco-Ontarian 2SLGBTQI+ folks. I understand the reality of the provincial government, which wants to serve the many francophone and 2SLGBTQI+ communities.

What I would say, since I've not been in this position since September 2023, is that there are some concerns about working with 2SLGBTQI+ organizations within governments. There is a desire, even in the various departments, including the Ministry of Education, to fund initiatives, because when I was president of that organization, we were constantly contacted by schools and school boards to develop alliances between gays and straight people and to develop training initiatives for school staff. There was a lot of money to invest through the councils, but the Ministry of Education should also invest in such initiatives to ensure safe spaces for students. On the other hand, there is a fear of doing so, because there is pushback on the part of some parents who don't want their children to have access to that. It's a very small minority that reacts that way, but that's always going to come out in the media, for example.

The media's not going to cover the many training courses that are offered every year thanks to organizations like FrancoQueer; it will cover the parent who sent a letter to his school board to call out an initiative involved with affirming queerness.

La sénatrice Moncion : J'aimerais vous remercier pour le témoignage que vous nous présentez. Pour moi, c'est une éducation.

Vous parliez tout à l'heure des gens qui ne connaissent pas ce sujet et vous disiez qu'il fallait les encourager à s'informer. Je réalise que vous êtes quand même un réseau qui s'organise et semble bien organisé.

J'aimerais revenir sur le financement du gouvernement provincial. Vous recevez du financement du gouvernement fédéral, mais le gouvernement provincial doit quand même avoir un rôle à jouer.

Je sais que lorsqu'elle était première ministre de l'Ontario, Mme Wynne avait une ouverture par rapport à l'éducation. Il faut commencer quelque part. Elle parlait d'éducation sexuelle différente dans les écoles. Le premier ministre actuel a tout changé par rapport à l'éducation associée à l'ouverture qu'on devrait montrer aujourd'hui à la population en général, peu importe les choix que les gens font et en fonction et en tout respect du choix des gens. J'aimerais savoir quel genre de barrières vous avez, par exemple, avec les gouvernements provinciaux.

Zakary-Georges Gagné : Je suis l'ancienne présidente d'une organisation de notre réseau, qui s'appelle FrancoQueer et qui est une association pour les Franco-Ontariens et Franco-Ontariennes 2ELGBTQI+. Je comprends la réalité du gouvernement provincial qui souhaite servir les multiples communautés francophones et 2ELGBTQI+.

Ce que je dirais, puisque je ne suis plus à ce poste depuis septembre 2023, c'est qu'il y a certaines craintes pour ce qui est de collaborer avec des organismes 2ELGBTQI+ au sein des gouvernements. Il y a une envie, et on le voit même dans les différents ministères, dont le ministère de l'Éducation, de financer des initiatives, parce que lorsque j'étais à la présidence de cet organisme, on était constamment contacté par les écoles et les conseils scolaires pour développer des alliances entre les gais et les hétéros et développer des initiatives de formation pour le personnel scolaire. Il y avait beaucoup d'argent à investir par les conseils, mais le ministère de l'Éducation devrait aussi investir dans de telles initiatives pour assurer des espaces sécuritaires pour les étudiants et étudiantes. Par contre, il y a des craintes à le faire, parce qu'il y a des représailles de la part de certains parents qui ne veulent pas que leurs enfants aient accès à cela. C'est une très petite minorité qui réagit ainsi, mais c'est toujours ce qui va ressortir dans les médias, par exemple.

Ce ne sont pas les nombreuses formations qui sont offertes annuellement parce qu'on a un organisme comme FrancoQueer qui vont se retrouver dans les médias; ce sera le parent qui a envoyé une lettre à son conseil scolaire pour dénoncer une initiative qui a trait à l'affirmation queer.

So there are fears of reprisal and fears of public perception that have an impact on relations between provincial governments and 2SLGBTQI+ organizations. I'm thinking in particular of Saskatchewan, Alberta and New Brunswick, whose provincial governments are actively developing policies to influence and rally students in schools and youth on hormone therapy and various medical transition procedures. We can see that governments aren't very open to working towards 2SLGBTQI+ inclusion and well-being.

Senator Moncion: I think everyone understands that prejudices are often taught to children by parents, because children don't have prejudices. We have an example in Quebec, where drag queens went to libraries to read stories to kids. I thought that was a fantastic idea, because I thought that kids don't see who's behind the character; they see a character, a colourful and beautiful person. Children see a fairy telling stories.

However, the bias very often comes from fear, lack of education, lack of openness, lack of respect, which often leads to all kinds of things on social networks that turn into hornets' nests of ugliness.

I'd like to come back to the issue of funders. You talked about francophone organizations that will receive funding. Does the funding come from the federal government and go directly to your organizations, or does it go through the provincial government, which in turn gives the funds back to you?

Zakary-Georges Gagné: I'd say that in Western Canada and in Central Canada, it's mainly the federal government, specifically Women and Gender Equality Canada and Canadian Heritage, that fund these organizations. Sometimes, Health Canada and Employment and Social Development Canada develop collaborations, whereas in provinces like Quebec, which has an office against discrimination, homophobia and transphobia, and in other provinces in Eastern Canada, there is also provincial funding that goes directly to these organizations.

Last March, The Enchanté Network had the opportunity to develop the Rainbow Resilience Fund. We received an investment of approximately \$550,000 from Canadian Heritage to fund 22 projects in Canada to counter hate movements. These initiatives exist to help pride organizations develop security procedures for their festivals and train their employees on crisis management and de-escalation of conflicts. So we were able to fund such projects.

Il y a donc des craintes de représailles et des craintes de perception publique qui ont un impact sur les relations entre les gouvernements provinciaux et les organisations 2SLGBTQI+. Je pense particulièrement à la Saskatchewan, à l'Alberta et au Nouveau-Brunswick, dont les gouvernements provinciaux développent activement des politiques afin d'influencer et de rallier des étudiants et étudiantes dans les écoles et des jeunes par rapport à l'hormonothérapie et aux différentes procédures de transition médicale. On peut voir que les gouvernements ne sont pas très ouverts à travailler à l'inclusion et au bien-être 2SLGBTQI+.

La sénatrice Moncion : On s'entend pour dire que les préjugés sont souvent enseignés aux enfants par les parents, parce que les enfants n'ont pas de préjugés. On a un exemple au Québec, où il y a des *drag queens* qui allaient dans les bibliothèques raconter des histoires aux enfants. Je trouvais cette idée fantastique, parce que je me disais que les enfants ne voient pas qui est derrière le personnage; ils voient un personnage, quelqu'un de coloré et beau. Les enfants voient une fée qui raconte des histoires.

Cependant, le préjugé vient très souvent de la peur, du manque d'éducation, du manque d'ouverture, du manque de respect, ce qui mène souvent à toutes sortes de choses sur les réseaux sociaux et qui fait que cela devient des nids de guêpes qui sont quand même laid.

J'aimerais revenir sur la question des bailleurs de fonds. Vous parlez des organismes francophones qui vont recevoir du financement. Est-ce que le financement vient du gouvernement fédéral et va directement vers vos organismes, ou est-ce que cela passe par le gouvernement provincial qui, par ricochet, vous redonne les fonds?

Zakary-Georges Gagné : Je dirais que dans l'Ouest canadien et dans le centre du Canada, c'est surtout le gouvernement fédéral, donc Femmes et Égalité des genres Canada et Patrimoine canadien, qui vont financer ces organismes. Parfois, Santé Canada et Emploi et Développement social Canada vont développer des collaborations, alors que dans des provinces comme le Québec, qui a un bureau contre la discrimination, l'homophobie et la transphobie, et dans d'autres provinces dans l'Est du Canada, il y a aussi du financement provincial qui est octroyé à ces organisations directement.

En mars dernier, le réseau Enchanté a eu la chance de développer le Fonds de la résilience arc-en-ciel. On a reçu un investissement d'environ 550 000 \$ de Patrimoine canadien pour financer 22 projets au Canada afin de contrer les mouvements de haine. Ce sont des initiatives créées pour que les organismes de fierté puissent développer des procédures de sécurité pour leurs festivals et former leurs employés sur la gestion de crise et sur la désescalade des conflits. On a donc pu financer de tels projets.

I'd say that most of the time, the funds come from the federal government. Some regions that are more privileged have access to provincial government funding, and we have just received a very innovative investment from Canadian Heritage to fund our members to develop initiatives to fight hate, in particular.

Senator Moncion: This is so interesting.

There's the whole social enterprise sector in Ontario — I'm talking about Ontario again because I'm much more familiar with that province. What kind of openness is there for Social Enterprise Ontario to develop businesses that would become sustainable?

Zakary-Georges Gagné: I can't speak to Ontario specifically. However, in the past year, we've had a funding project to develop the skills of our members to help them understand what a social enterprise is and what benefits a social enterprise would have for them, that is, developing stand-alone funding and meeting specific needs for their community while generating revenues to fund their core operations.

We received funding for these training sessions. We have equipment and training that we'll provide to our members once again — I believe it will be on May 15 and 16 — but unfortunately, we've not received any funding to continue to raise our organizations' awareness of social enterprises.

Unfortunately, I wasn't responsible for this project, it was my colleague Sam. But if I'm not mistaken, it's one of the Government of Canada's most important initiatives, the Investment Readiness Program, the IRP.... I can't remember the exact name, and I think it was cancelled. This initiative is no longer available for organizations to obtain funding to help them start their social enterprise.

It's always the question. We want to do it, but do we have enough staff to develop this social enterprise and make it run, when our staff's salary is tied to programs and they can't spend their time on programs other than those for which they're funded?

That's created a lot of problems. Now, we have to turn to volunteering so that members of our community who need services develop social enterprises for an organization, so that they can potentially receive services afterwards. It's a never-ending cycle: How do we develop these social enterprises and what kind of impact will they actually have on the stability and sustainability of our funding?

Je dirais que la majorité du temps, les fonds viennent du gouvernement fédéral. Certaines régions qui sont plus privilégiées ont accès à du financement du gouvernement provincial, et on vient de recevoir un investissement très innovateur de Patrimoine canadien pour financer nos membres afin de développer des initiatives pour lutter contre la haine, particulièrement.

La sénatrice Moncion : Je trouve cela vraiment intéressant.

Il y a tout le secteur de l'entreprise sociale en Ontario — je parle encore de l'Ontario, parce que je connais beaucoup plus la province. Quel genre d'ouverture y a-t-il par rapport à Entreprise sociale Ontario pour développer des entreprises qui deviendraient durables?

Zakary-Georges Gagné : Je ne peux pas parler particulièrement de l'Ontario. Cependant, dans la dernière année, on a eu un projet de financement pour développer les compétences de nos membres pour les aider à comprendre ce qu'est une entreprise sociale et les bénéfices qu'une entreprise sociale aurait pour eux, c'est-à-dire développer du financement autonome et répondre à des besoins particuliers pour leur communauté, tout en générant des revenus pour financer leurs activités de base.

On a reçu du financement pour ces formations. On a du matériel et des formations que l'on offrira à nouveau à nos membres — je crois que ce sera les 15 et 16 mai —, mais malheureusement, on n'a pas reçu de financement pour continuer à sensibiliser nos organisations sur les entreprises sociales.

Ce n'est malheureusement pas moi qui m'occupais de ce projet, c'est mon collègue Sam, mais si je ne me trompe pas, c'est une des plus importantes initiatives du gouvernement du Canada, le Programme de préparation à l'investissement, le PPI... Je ne me souviens plus du nom exact et je crois qu'il a été dissous. Cette initiative n'est plus disponible pour les organisations pour qu'elles obtiennent du financement pour les aider à démarrer leur entreprise sociale.

Il y a toujours cette question. On veut le faire, mais est-ce qu'on a assez de personnel pour développer cette entreprise sociale et la faire rouler, alors que le salaire de notre personnel est attaché à des programmes et qu'ils ne peuvent dépenser leurs heures d'une autre façon que pour le programme pour lequel ils sont financés?

Cela a créé beaucoup de problèmes. Maintenant, on doit se tourner vers le bénévolat pour que les membres de notre communauté qui ont besoin des services développent des entreprises sociales pour un organisme, afin qu'ils puissent potentiellement recevoir des services par la suite. C'est un cercle qui n'en finit plus, à savoir comment on développe ces entreprises sociales et comment elles auront réellement un impact sur la stabilité et la durabilité de notre financement.

Senator Moncion: Speaking of impact, do you work with Impact ON?

Zakary-Georges Gagné: No, we're not working with Impact ON.

Senator Moncion: I'd invite you to check with this organization, which is doing a lot of start-up and work to enable social enterprises to develop in Ontario. They have access to some start-up funds and will be able to help you with business plans, continuity plans, etc., which could be a good complement to your work. The objective of Impact ON is to enable social enterprises to develop and become autonomous. Thanks to them, all kinds of things are happening. This can also be worthwhile for the networks, when the networks intersect, so that you can work together because your objectives are the same.

We know that, from a social standpoint, you'll grow more by working together than by working in silos, as you're currently required to do, and by keeping the funding in dribs and drabs to say that there's a bit here and there.

That's why I was asking you about the relationship between the federal government and the provincial government and the openness of elected officials on all the issues affecting 2SLGBTQI+ communities. I don't even have the right acronym, but I think it's important for development and continuity.

Zakary-Georges Gagné: Thanks very much for the recommendation.

Senator Poirier: Do you have members across Canada?

Zakary-Georges Gagné: In every province and every territory.

Senator Poirier: Do the members of each province have a network that they can use to work with them?

Zakary-Georges Gagné: Not always. One of the most established networks in Canada at the provincial level is the Conseil québécois LGBT, an organization comprising over 70 members in Quebec, but elsewhere, organizations from larger cities often act as informal networks. I'm thinking of Pride Winnipeg, for example, which has developed ways to support the different pride organizations in that province, both rural and urban pride. There aren't a lot of networks being developed in the provinces and territories. In the North, there's a single 2SLGBTQI+ organization per territory: Queer Yukon, Positive Spaces Nunavut, and the Northern Mosaic Network.

La sénatrice Moncion : Parlant d'impact, est-ce que vous travaillez avec Impact ON?

Zakary-Georges Gagné : Non, on ne travaille pas avec Impact ON.

La sénatrice Moncion : Je vous inviterais à vérifier auprès de cet organisme qui fait beaucoup de démarrage et de travail pour permettre aux entreprises sociales de se développer en Ontario. Ils ont accès à certains fonds de démarrage et pourront vous aider avec les plans d'affaires, les plans de continuité, entre autres, ce qui pourrait être un beau complément à votre travail. L'objectif d'Impact ON est de permettre aux entreprises sociales de se développer et de devenir autonomes, justement. Avec eux, il y a toutes sortes de choses qui se font. Cela peut être quand même intéressant aussi pour les réseaux, lorsque les réseaux s'entrecroisent, pour vous permettre de travailler ensemble puisque vos objectifs sont les mêmes.

On sait que sur le plan social, vous allez vous développer davantage en travaillant ensemble qu'en travaillant en silo, comme on vous oblige à le faire actuellement, et en gardant le financement au compte-gouttes pour dire qu'il y en a un peu ici et un peu là.

C'est la raison pour laquelle je vous questionnais sur la relation entre le gouvernement fédéral et le gouvernement provincial et l'ouverture des élus par rapport à tous les dossiers qui touchent le regroupement 2ELGBTQI+. Je n'ai même pas le bon acronyme, mais je trouve cela important pour le développement et la continuité.

Zakary-Georges Gagné : Merci beaucoup pour la recommandation.

La sénatrice Poirier : Avez-vous des membres à travers le Canada?

Zakary-Georges Gagné : Dans chaque province et chaque territoire.

La sénatrice Poirier : Est-ce que les membres de chaque province ont un réseau avec lequel ils peuvent communiquer pour travailler avec eux?

Zakary-Georges Gagné : Pas toujours. L'un des réseaux les plus établis au Canada à l'échelle provinciale, c'est le Conseil québécois LGBT, qui est un organisme qui compte plus de 70 membres au Québec, mais ailleurs, ce sont souvent des organisations de plus grandes villes qui agissent comme réseau de façon informelle. Je pense notamment à Pride Winnipeg, qui a développé des façons de soutenir les différentes fiertés dans cette province, les fiertés rurales comme urbaines. Il n'y a pas énormément de réseaux qui sont développés dans les provinces et les territoires. Lorsqu'on parle du Nord, on parle d'un organisme 2ELGBTQI+ par territoire aussi : Queer Yukon, Positive Spaces Nunavut et Northern Mosaic Network.

Senator Poirier: Your members aren't all francophone. There are as many anglophones as francophones.

Zakary-Georges Gagné: Yes, I'd say they're mostly anglophone, actually.

Senator Poirier: Does your data indicate a disparity in health care access? Do your anglophone and francophone members encounter the same challenges, or do your francophone members encounter greater challenges?

Zakary-Georges Gagné: It all depends on the type of service. If we're talking about routine services such as blood tests or regular check-ups, there are more obstacles on the francophone side, because professional training and development resources and scientific medical research are much more developed in English than on the francophone side. English-language health professionals have more open-mindedness or a better knowledge of the realities than their French-speaking counterparts. If we look at gender affirming services, it's the same everywhere in both languages.

The waiting lists are endless for access to a nurse practitioner who will help us in the process. When I began my medical transition, there was a year to a year-and-a-half wait time for access to gender affirming services at the trans clinic in my region, which serves several different municipalities. It's a whole region, not just the city. It's a big part of eastern Ontario. It's the same thing in big cities, where there are delays of several months just to have access to a trans clinic to affirm their gender in one way or another, according to the wishes of each trans or non-binary person.

It all depends on the service. I think that, where regular services are concerned, there are more obstacles on the francophone side, but where affirming health care is concerned, the obstacles to access are just as great in English as they are in French.

Senator Poirier: Thank you.

The Chair: From what you've said, it's clear that the health issues of 2SLGBTQI+ communities are in the delivery of professional services and in the ability to be sufficiently trained and educated to take your needs into account; it's also clear that there are a lot issues at the community level.

I try to keep all that in mind when I think about the health needs, and particularly what kind of intervention the federal government can do to help improve health care.

La sénatrice Poirier : Vos membres ne sont pas tous francophones; il y en a autant qui sont anglophones que francophones.

Zakary-Georges Gagné : Oui, c'est majoritairement anglophone, je dirais.

La sénatrice Poirier : Dans vos données, voyez-vous une différence d'accès aux soins de santé? Est-ce que les défis sont les mêmes pour vos membres francophones et anglophones ou est-ce que vos membres francophones ont plus de défis?

Zakary-Georges Gagné : Cela dépend du type de services dont on parle. Si ce sont des services routiniers comme des prises de sang ou un bilan de santé plus régulier, c'est plutôt du côté francophone qu'il y a des barrières, parce que les ressources de formation et de développement professionnels et les recherches scientifiques en médecine sont beaucoup plus développées en anglais que du côté francophone. On voit une ouverture d'esprit ou une meilleure connaissance des réalités chez les professionnels de la santé en anglais qu'en français. Si on regarde plutôt les services d'affirmation de genre, c'est partout pareil dans les deux langues.

Les listes d'attente sont interminables pour avoir accès à une infirmière praticienne qui va nous accompagner dans le processus. Lorsque j'ai commencé ma transition médicale, il y avait une attente d'un an à un an et demi pour avoir accès à des services d'affirmation de genre avec la clinique trans de ma région. C'est une clinique qui sert plusieurs municipalités. C'est toute une région, et pas seulement la ville. C'est une grande partie de l'Est de l'Ontario. C'est comme cela dans les grandes villes où il y a des délais de plusieurs mois pour avoir accès à une clinique trans pour affirmer son genre d'une façon ou d'une autre, comme la personne trans ou non binaire le souhaite.

Cela dépend du service; je crois que, dans les services réguliers, c'est du côté français qu'on voit les plus grandes barrières, mais lorsqu'on parle de soins de santé et d'affirmation, c'est dans les deux langues et partout au Canada qu'on voit de grandes barrières à l'accès.

La sénatrice Poirier : Merci.

Le président : On comprend par vos interventions que les enjeux de santé des communautés 2SLGBTQI+ résident dans la livraison des services des professionnels et dans la capacité d'être bien formé et bien éduqué pour prendre en compte vos besoins; on comprend aussi qu'il y a des tas d'enjeux qui sont du domaine des communautés.

C'est tout cela que j'essaie de garder en tête lorsque je réfléchis sur les besoins en santé et surtout sur le type d'intervention le gouvernement fédéral peut faire pour aider à améliorer les soins de santé.

On your site, you outline three key calls to action for the Federal 2SLGBTQI+ Action Plan that would be essential to advancing the health, safety and rights of 2SLGBTQI+ communities, including \$25 million in annual funding for organizations.

Has the federal government responded to your calls to action? If so, do you see a positive impact on access to health services in the minority language for your communities?

Zakary-Georges Gagné: Unfortunately, I don't have all the answers because I'm not responsible for the management of intergovernmental relations. I don't do everything at The Enchanté Network. Tyler Boyce at the head office is doing a great job developing partnerships and relationships with the various agencies.

From what I understand about the action plan, there is a great lack of transparency about where we are now and where the money has gone.

When our members ask for updates on this action plan, it's difficult for us to say what's happening right now because of a lack of transparency. I'm thinking in particular of the cross-sectoral committee that should be developed through this plan. We've not heard about that yet. There's been no update. It's difficult to tell you whether the call to action involving the \$25 million has been answered, but we don't know, because there's no transparency on several levels.

The Chair: The Action Plan for Official Languages is very important. Are you getting any of the funding under the action plan?

Zakary-Georges Gagné: Not at all.

The Chair: Have you made any requests through any of the programs under the Action Plan for Official Languages?

Zakary-Georges Gagné: Not to my knowledge, no. Some of The Enchanté Network's members have, our francophone members specifically, and maybe also some anglophone members in Montreal and Quebec City. I don't know if they've received any funding or if their requests were denied.

The Chair: In your opinion, since these are two federal programs — the Federal 2SLGBTQI+ Action Plan and the Action Plan for Official Languages 2023–2028: Protection-Promotion-Collaboration — should there be greater alignment, greater collaboration in terms of service provision in order to meet your needs in all their diversity, and in this case, in the minority language, since that's the question we're interested in here?

Sur votre site, vous énoncez trois appels à l'action clés pour le Plan d'action fédéral 2ELGBTQI+ qui seraient essentiels à l'avancement de la santé, de la sécurité et des droits des communautés 2ELGBTQI+, notamment un financement annuel de 25 millions de dollars consacré aux organisations.

Est-ce que le gouvernement fédéral a répondu à vos appels à l'action? Si oui, voyez-vous un impact positif sur le plan de l'accès aux services de santé dans la langue de la minorité pour vos communautés?

Zakary-Georges Gagné : Malheureusement, je n'ai pas toutes les réponses, parce que je ne suis pas responsable de la gestion des relations intergouvernementales. Je ne fais pas tout au réseau Enchanté. Il y a Tyler Boyce à la direction générale qui fait de l'excellent travail en développant des partenariats et des relations avec les différentes agences.

Selon ce que je comprends par rapport au plan d'action, il y a un grand manque de transparence sur l'endroit où nous en sommes actuellement et où l'argent est allé.

Lorsque nos membres demandent des mises à jour sur ce plan d'action, c'est difficile pour nous de dire ce qui se passe présentement, parce qu'il y a un manque de transparence. Je songe notamment au comité intersectoriel qui devrait être développé au moyen de ce plan. On n'en a pas encore entendu parler. On n'a pas eu de mise à jour. C'est difficile de vous dire si on a répondu aux appels à l'action en ce qui concerne les 25 millions de dollars, mais on ne le sait pas, parce qu'il n'y a pas de transparence à plusieurs niveaux.

Le président : Le Plan d'action pour les langues officielles est très important. Est-ce que vous bénéficiez de financement qui provient du plan d'action?

Zakary-Georges Gagné : Aucunement.

Le président : Avez-vous fait des demandes à l'intérieur des programmes liés au Plan d'action sur les langues officielles?

Zakary-Georges Gagné : Pas à ma connaissance, non. Certains membres du réseau Enchanté l'ont fait, nos membres francophones notamment, et peut-être aussi certains anglophones à Montréal et au Québec. Je ne sais pas s'ils ont reçu le financement ou si on leur a refusé.

Le président : D'après vous, puisque ce sont deux instruments fédéraux — le Plan d'action fédéral 2ELGBTQI+ et le Plan d'action pour les langues officielles de 2023-2028 : Protection-promotion-collaboration —, devrait-il y avoir un meilleur arrimage, une meilleure collaboration, une meilleure concertation pour la livraison de ces services, de manière à vous servir dans toute la diversité de vos besoins et, dans ce cas-ci, dans la langue de la minorité, puisque c'est la question qui nous occupe ici?

Zakary-Georges Gagné: Are we talking about the two action plans, the Official Languages Support Programs, or OLSP, and the 2SLGBTQI+ programs?

The Chair: Yes.

Zakary-Georges Gagné: Yes, absolutely. There should be more interties between those two plans and how they're put forward.

Often, francophone 2SLGBTQI+ organizations outside Quebec have to ask themselves if there is a focus on queer funding. So, we know whether we will be part of this funding or whether the LGBT Token project will receive funding from the OLSP to serve the 2SLGBTQI+ community.

So, we're talking about superficial diversity, especially for the OLSP, where certain groups receive funding simply as a show of support for queer francophones, but there's no strategy for intentional distribution of funds to francophone 2SLGBTQI+ organizations. There are no francophone network members in all provinces and territories either. There are a few organizations. I believe that there are 22 organizations outside Quebec that serve francophones; that doesn't mean that their mission is, at its core, to serve francophones, but it may be because they have the required abilities at the moment because of the people who work there.

Honestly, I think that there is a problem of superficial diversity in terms of all the diversities in the Action Plan for Official Languages. We should focus on something other than education, health and immigration through the Official Languages Support Programs and think about our sub-communities a little more intentionally.

The Chair: Is there enough data to ensure that the federal government can understand the various needs of the communities when it comes to supporting them?

Zakary-Georges Gagné: Not in the least.

I believe that our francophone advocacy organizations in the Canadian and Acadian francophonie aren't well equipped to carry out these projects. There's very little collaboration. When I talk about collaboration, I'm not talking about exchanging emails and getting to know each other, but having long-term projects and formal partnerships to ensure that the francophonie and the 2SLGBTQI+ community are connected through the francophonie's advocacy organizations. You know these organizations. I would invite them, as well as the OLSP, to encourage and facilitate the connection between these major francophone organizations and the organizations that represent and serve minorities in our communities.

Zakary-Georges Gagné : On parle des deux plans d'action, les Programmes d'appui aux langues officielles, ou PALO, et les programmes 2ELGBTQI+?

Le président : Oui.

Zakary-Georges Gagné : Oui, absolument. Il devrait y avoir plus d'interconnexions entre ces deux plans et dans la façon de les mettre de l'avant.

Souvent, les organisations francophones 2ELGBTQI+ hors Québec doivent se demander si l'on se concentre sur les financements queers. Donc, on sait si on va faire partie de ce financement ou si c'est le projet LGBT Token qui va recevoir du financement des PALO pour servir la communauté 2ELGBTQI+.

Donc, on parle de diversité de façade, surtout pour les PALO où certains groupes reçoivent du financement simplement pour montrer qu'on pense aux francophones queers, mais il n'y a pas de stratégie de dissémination des fonds intentionnelle pour la francophonie 2ELGBTQI+. Il n'y a pas de membres du réseau qui sont francophones dans toutes les provinces et dans les territoires non plus. Il y a quelques organismes. Je crois qu'il y a 22 organisations hors Québec qui servent les francophones; cela ne veut pas dire que leur mission est, à la base, de servir les francophones, mais c'est peut-être parce qu'elles ont les capacités requises en ce moment à cause des personnes qui y travaillent.

Honnêtement, je crois qu'il y a un problème de diversité de façade pour ce qui est de toutes les diversités dans le Plan d'action pour les langues officielles. Il faudrait s'attarder à autre chose qu'à l'éducation, à la santé et à l'immigration à travers les Programmes d'appui aux langues officielles et penser à nos sous-communautés de façon un peu plus intentionnelle.

Le président : Y a-t-il suffisamment de données pour faire en sorte que le gouvernement fédéral, dans sa manière de les soutenir, puisse comprendre les divers besoins des communautés?

Zakary-Georges Gagné : Pas du tout.

Je crois que nos organisations porte-parole francophones en francophonie canadienne et acadienne ne sont pas bien outillées pour réaliser ces projets. Il existe très peu de collaboration. Lorsque je parle de collaboration, ce n'est pas qu'on s'échange des courriels et qu'on sait qui on est, mais qu'on a des projets et des partenariats écrits à long terme pour s'assurer que la francophonie et la communauté 2ELGBTQI+ sont connectées au moyen des organismes porte-parole de la francophonie. Vous connaissez ces organismes. Je leur lancerais une invitation, ainsi qu'aux Programmes d'appui aux langues officielles (PALO), afin qu'ils encouragent et facilitent la connexion entre ces grands organismes francophones et les organismes qui représentent et servent les minorités au sein de nos communautés.

The Chair: The previous witnesses recommended greater interdepartmental collaboration at the federal level. What's your opinion on that?

Zakary-Georges Gagné: I'm of the same mind. Queer people need to be represented and served by all the departments. Queer people need health.

There are queer immigrants who experience very specific realities, both in terms of employment and justice. All queer people live in society as a whole. They're not just queer people who need queer projects; they need to be represented and well served by all departments. This interdepartmental collaboration is crucial to ensuring that we can thrive in every aspect of our lives, and not just when we receive services from a 2SLGBTQI+ organization. I think of my daily life: ServiceOntario, my doctor. All these services should have resources and plans to ensure that I'm well served and that I can exist in our communities, not only today, but for the rest of my life.

The Chair: My colleagues have no more questions for you. Thank you for being here with us today, Ms. Gagné.

As Senator Moncion said, you've been a tremendous source of information not only on health care, but also on the realities of queer people in Canada. You're living proof that the 2SLGBTQI+ community has much to contribute to our country. You've proven that very eloquently this evening. Thank you very much for your participation.

We'll end there. Thank you and have a great evening.

(The committee adjourned.)

Le président : Les témoins précédents nous ont fait une recommandation selon laquelle il devrait y avoir davantage de collaboration interministérielle entre les différents ministères du gouvernement fédéral. Quel est votre point de vue sur cette question?

Zakary-Georges Gagné : Le même. Une personne queer aura besoin d'être représentée et servie par tous les ministères. En tant que personne queer, on a besoin de la santé.

Il y a des personnes queers immigrées qui vivent des réalités très particulières, tant sur le plan de l'emploi que de la justice. Toutes les personnes queers vivent dans la société dans son ensemble. Elles ne sont pas simplement des personnes queers qui ont besoin de projets queers; elles doivent être représentées et bien servies par tous les ministères. Cette collaboration interministérielle est cruciale pour s'assurer qu'on puisse s'épanouir dans chacune des sphères de notre vie, et pas seulement lorsqu'on reçoit des services d'une organisation 2ELGBTQI+. Je pense à moi au quotidien : ServiceOntario, mon médecin. Tous ces services devraient avoir des ressources et des plans pour s'assurer que je suis bien servie et que je peux exister dans nos communautés, pas seulement aujourd'hui, mais pour le reste de ma vie.

Le président : Il n'y a pas d'autres questions de la part de mes collègues. Madame Gagné, je vous remercie d'avoir été avec nous aujourd'hui.

Comme l'a dit la sénatrice Moncion, vous n'avez pas seulement été une source d'information formidable en matière de soins de santé, mais une source d'information formidable sur les réalités des personnes queers au Canada. Vous êtes la preuve vivante que la communauté 2ELGBTQI+ a énormément à apporter à notre pays. Ce soir, vous avez prouvé cela de manière très éloquente. Je vous remercie beaucoup de votre participation.

Nous allons terminer sur cette dernière intervention. Merci à vous et bonne soirée.

(La séance est levée.)