

EVIDENCE

OTTAWA, Monday, April 24, 2023

The Standing Senate Committee on Official Languages met with videoconference this day at 6:02 p.m. [ET] to continue its study on minority-language health services.

Senator René Cormier (Chair) in the chair.

[*Translation*]

The Chair: Good evening. My name is René Cormier, senator from New Brunswick, and I am currently the chair of the Standing Senate Committee on Official Languages.

Before I begin, I would like to invite the members of the committee present today to introduce themselves, beginning on my left.

Senator Poirier: Rose-May Poirier from New Brunswick.

Senator Gagné: Raymonde Gagné from Manitoba.

Senator Mockler: Percy Mockler from New Brunswick.

Senator Loffreda: Good evening and welcome to the committee. Tony Loffreda, Montreal, Quebec.

Senator Clement: Bernadette Clement from Ontario.

Senator Mégie: Marie-Françoise Mégie, senatorial division of Rougemont, Quebec.

The Chair: I want to welcome you, colleagues, and the viewers from across the country who are watching.

I would like to point out that the lands from which we are speaking are part of the unceded traditional territory of the Algonquin Anishinaabe people.

[*English*]

Tonight we continue our study on minority-language health services.

[*Translation*]

We are pleased to welcome Antoine Désilets, Executive Director of the Société Santé en français, and Jacinthe Desaulniers, Executive Director of the Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario. We are also pleased to welcome, via video conference, Pierre-Louis Roisiné, Executive Director of Réseau Santé Nouvelle-Écosse, Frédérique Baudemont, Executive Director of Réseau Santé en français de la

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le lundi 24 avril 2023

Le Comité sénatorial permanent des langues officielles se réunit aujourd'hui, à 18 h 2 (HE), avec vidéoconférence, pour poursuivre son étude sur les services de santé dans la langue de la minorité.

Le sénateur René Cormier (président) occupe le fauteuil.

[*Français*]

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

Avant de commencer, j'inviterais les membres du comité présents aujourd'hui à se présenter, en commençant par ma gauche.

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

La sénatrice Gagné : Raymonde Gagné, du Manitoba.

Le sénateur Mockler : Percy Mockler, du Nouveau-Brunswick.

Le sénateur Loffreda : Bonsoir et bienvenue au comité. Tony Loffreda, Montréal, Québec.

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

La sénatrice Mégie : Marie-Françoise Mégie, division sénatoriale de Rougemont, au Québec

Le président : Je vous souhaite la bienvenue, chers collègues, ainsi qu'aux téléspectateurs de tout le pays qui nous regardent.

Je tiens à souligner que les terres à partir desquelles nous prenons la parole font partie du territoire traditionnel non cédé du peuple algonquin anishinabé.

[*Traduction*]

Nous poursuivons ce soir notre étude sur les services de santé dans la langue de la minorité.

[*Français*]

Nous sommes heureux d'accueillir Antoine Désilets, directeur général de la Société Santé en français, et Jacinthe Desaulniers, présidente-directrice générale du Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario. Nous sommes aussi heureux d'accueillir, par vidéoconférence, Pierre-Louis Roisiné, directeur général du Réseau Santé Nouvelle-Écosse, Frédérique Baudemont, directrice générale du Réseau Santé en français de la

Saskatchewan, and Audrey Fournier, Executive Director of the Fédération franco-ténoise

Good evening and welcome to the meeting. We are ready to hear opening statements from each of the speakers, beginning with Mr. Désilets. A question period with the senators will follow. Mr. Désilets, the floor is yours.

Antoine Désilets, Executive Director, Société Santé en français: Honourable senators, the Société Santé en français is a non-profit organization that increases access to French-language health services in Canada in collaboration with 16 provincial and territorial health networks, that four of my colleagues are a part of.

I would like to congratulate you on your leadership and on the initiative that was taken to launch this study on health services for official language minority communities.

I am here today to talk about the importance of French-language health services in Canada.

While nearly 100% of Canadians use health services each year, francophones still have inequitable access to quality services in their language. According to a recent consultation conducted by Health Canada in 2022, two thirds of francophone respondents had no or only partial access to French-language health services. It is therefore estimated that close to 700,000 francophones in minority situations are directly affected by their lack of access to French-language health services.

Research clearly shows that language is an essential dimension of health and that linguistic discordance is associated with a significant decrease in the quality of services provided and the safety of users. This is reflected, for example, in less reliable diagnoses, more limited treatment options or longer hospital stays, to name only a few issues.

Language discordance also affects your chances of survival — a recent Ontario study in 2022 found that the risk of death for a French-speaking long-term care consumer decreased by about 25% when language barriers were eliminated; that's a significant difference. In the words of one of the researchers in the study, "If you could invent a pill that reduced your risk of death by 25%, you would be millionaires."

In practical terms, the lack of French-language health services meant that a young person in the Barrie, Ontario area was involuntarily committed to a mental health centre for an extended period of time because he did not respond well to the treatment offered to him in English — this young person spent two weeks instead of three days in the institution. A senior in Prince Edward Island with dementia went for weeks without

Saskatchewan, et enfin, Audrey Fournier, directrice générale de la Fédération franco-ténoise.

Bonsoir et bienvenue parmi nous. Nous sommes prêts à entendre les déclarations préliminaires de chaque intervenant, en commençant par M. Désilets. Une période de questions avec les sénateurs et sénatrices suivra. Monsieur Désilets, la parole est à vous.

Antoine Désilets, directeur général, Société Santé en français : Honorables sénateurs, la Société Santé en français est un organisme à but non lucratif qui augmente l'accès à des services de santé en français au Canada en collaboration avec 16 réseaux de santé provinciaux et territoriaux, dont quatre de mes collègues font partie.

Je tiens à vous féliciter de votre leadership et de l'initiative qui a été prise de lancer cette étude sur les services de santé pour les communautés de langue officielle vivant en situation minoritaire.

Je suis devant vous aujourd'hui pour parler de l'importance des services de santé en français au Canada.

Alors que près de 100 % des Canadiens utilisent des services de santé chaque année, les francophones ont encore un accès inéquitable à des services de qualité dans leur langue. Selon une récente consultation menée par Santé Canada en 2022, deux tiers des répondants francophones n'avaient pas accès ou avaient un accès partiel à des services de santé en français. On peut donc estimer à près de 700 000 le nombre de francophones en situation minoritaire qui sont directement touchés par leur accès aux services de santé en français.

La recherche le montre clairement; la langue est une dimension essentielle de la santé et la discordance linguistique est associée à une diminution importante de la qualité des services donnés et de la sécurité des usagers. Ceci se reflète par exemple dans des diagnostics moins fiables, des options de traitements plus limitées ou des séjours prolongés en milieu hospitalier, pour ne nommer que quelques enjeux.

La discordance linguistique affecte également vos chances de survie — une récente étude réalisée en Ontario en 2022 dévoilait que les risques de décès d'un usager francophone en situation de soins de longue durée diminuaient d'environ 25 % lorsqu'on éliminait les barrières linguistiques; c'est une différence considérable. Pour reprendre les mots de l'un des chercheurs de l'étude, « si vous réussissiez à inventer une pilule qui réduit vos risques de décès de 25 %, vous seriez millionnaires ».

Concrètement, l'absence de services de santé en français signifie l'internement prolongé et non volontaire d'un jeune dans la région de Barrie, en Ontario, dans un centre de santé mentale puisqu'il ne répondait pas bien aux traitements qui lui étaient offerts en anglais — ce jeune a passé deux semaines au lieu de trois jours en internement; c'est aussi une personne âgée à l'Île-du-Prince-Édouard, atteinte de démence, qui passe des

speaking to anyone and was perceived as difficult until she was spoken to in French; a person in northern Ontario had the wrong leg amputated as a result of critical communication errors; a 64-year-old francophone woman in Manitoba died of undetected pneumonia in a hospital because she did not speak English; she had been labelled as a difficult patient.

These few examples are illustrations of entirely preventable situations. Added to these is a minority context that reinforces health inequity. Too few resources are available in French to promote healthy lifestyles. The health status of francophone communities is often not a priority for the provinces or territories, nor is it measured.

Currently, there is only one federal program that addresses health promotion in official languages, and it focuses on early childhood. This program is much needed, but many other groups also have needs, such as seniors, people living with mental health issues, youth and many others. The lack of French-language health prevention programs is a factor that affects the health status of our communities.

There are many positive things on the horizon for French-language health. Bill C-13 clearly identifies health as an essential component of the vitality of official language communities. Despite the absence of language clauses in Bill C-13 — a request repeated by several francophone organizations — the bilateral agreements governing health transfers do include a “principle of equal access to health services for equity-seeking groups and individuals, including those in official language minority communities.”

A new action plan will be launched soon, and we hope that this will lead to additional investments. Despite these opportunities, access to French-language health services faces several threats, such as significant labour shortages in the health sector that disproportionately affect minority communities. There are still major challenges with respect to the recognition of the credentials of francophone immigrants. There is an underutilized potential of health skills in Canada.

We still lack clear systemic data on the availability of health services in French, but also on the francophone communities themselves and their needs. Mental health remains an important issue, both in terms of access to a professional and prevention.

To conclude my presentation, there is no doubt that there are inequities related to language in Canada’s health care systems. This inequity has a cost. Because many governments have been

semaines sans parler à quelqu’un et qui est perçue comme une personne difficile jusqu’à ce qu’on utilise le français pour lui parler; une personne dans le Nord de l’Ontario à qui l’on ampute la mauvaise jambe, à la suite d’erreurs critiques de communication; une femme francophone de 64 ans au Manitoba qui décède d’une pneumonie non détectée dans un centre hospitalier parce qu’elle ne parlait pas anglais; elle avait été étiquetée comme une patiente difficile.

Ces quelques exemples sont des illustrations de situations tout à fait évitables. À ceux-ci s’ajoute un contexte minoritaire qui renforce l’iniquité en santé. Trop peu de ressources sont disponibles en français en matière de promotion d’habitudes de vie saines. Souvent, l’état de santé des communautés francophones n’est pas une priorité pour les provinces ou les territoires, et elle n’est pas mesurée.

Actuellement, il n’existe qu’un seul programme fédéral qui touche la promotion de la santé dans les langues officielles, et il porte sur la petite enfance. Ce programme est hautement nécessaire, mais plusieurs autres groupes ont également des besoins, comme les personnes aînées, les personnes qui vivent avec des enjeux de santé mentale, les jeunes et bien d’autres. L’absence de programmes de prévention de la santé en français est un facteur qui affecte l’état de santé de nos communautés.

Plusieurs éléments positifs pour la santé en français se pointent à l’horizon. Le projet de loi C-13 indique clairement la santé comme une composante essentielle de la vitalité des communautés de langue officielle. Malgré l’absence de clauses linguistiques dans le projet de loi C-13 — une demande répétée par plusieurs organismes francophones —, on retrouve cependant, dans les accords bilatéraux encadrent les transferts de santé, un « principe d’égalité d’accès pour les groupes en quête d’équité, telles les communautés de langue officielle qui vivent en situation minoritaire ».

Un nouveau plan d’action sera lancé prochainement, et nous espérons que tout cela amènera des investissements additionnels. Malgré ces possibilités, l’accès à des services de santé en français fait face à plusieurs menaces, comme des pénuries de main-d’œuvre importantes qui touchent le secteur de la santé et affectent de façon disproportionnée les communautés minoritaires. Il y a encore des défis majeurs en ce qui a trait à la reconnaissance des diplômes des immigrants francophones. Il existe un potentiel sous-exploité de compétences en santé au Canada.

Nous manquons encore de données systémiques claires sur la disponibilité des services de santé en français, mais aussi sur les communautés francophones elles-mêmes et leurs besoins. La santé mentale demeure un enjeu important, tant pour ce qui est de l’accès à un professionnel que de la prévention.

Pour conclure mon intervention, il existe, hors de tout doute, des inéquités liées à la langue dans les systèmes de santé au Canada. Cette inéquité a un coût. Étant donné que plusieurs

slow to develop a real offer of health services in the language of francophone communities, this cost now takes the form of physical and mental pain, misunderstanding among francophones, anxiety, accidents due to poor communication, and so on. Every day, as francophone communities, we pay this cost of health inequities. We can and must do otherwise. Thank you for listening to me.

The Chair: Thank you, Mr. Désilets. We will now hear from Ms. Desaulniers.

Jacinthe Desaulniers, Executive Director, Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario: Mr. Chair, honourable senators, thank you for this opportunity to address you on this study on minority language health services. This study is of vital importance to official language communities because when you are sick, you are not bilingual.

First of all, I would like to talk about access to health services in the minority language, which is an issue that persists and has certainly become more pronounced with COVID.

For example, Ontario is one of the few fortunate provinces where there has been provincial health care legislation since 1986 and where there is a high concentration of francophones — over 600,000. I am sad to say that in half of the regions, half of the province, there is no designated health service offering, according to this French Language Services Act.

That means that there are no guaranteed health care services in half the territory, no long-term care beds, no mental health and addiction services, no primary care services, no telemedicine services, and I could go on. So, if francophones are receiving health services in French, it's a happy accident.

In addition, COVID has unfortunately weakened the supply of health services, which has sometimes made designated services unavailable in French, even in our flagship institutions, such as Montfort and Hawkesbury, to name a few.

We all know that the essential ingredient for providing health services in French is human resources who are able to communicate in French. We also know that there is an unprecedented labour shortage affecting all health care professionals. What is less well known is the fact that there is a chronic undervaluation and under-optimization of human resources capable of delivering services in French.

gouvernements tardent à développer une offre réelle de services de santé dans la langue des communautés francophones, ce coût prend aujourd'hui la forme de douleurs physiques et mentales, d'incompréhension chez les francophones, d'anxiété, d'accidents attribuables à une mauvaise communication et j'en passe. Tous les jours, en tant que communautés francophones, nous payons ce coût des iniquités en santé. On peut et on doit faire autrement. Merci de m'avoir écouté.

Le président : Merci, monsieur Désilets. Nous allons maintenant entendre Mme Desaulniers.

Jacinthe Desaulniers, présidente-directrice générale, Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario : Monsieur le président, honorables sénatrices et sénateurs, merci de m'offrir cette occasion de vous adresser la parole dans le cadre de cette étude sur les services de santé dans la langue de la minorité. Cette étude est d'une importance capitale pour les communautés de langue officielle, car quand on est malade, on n'est pas bilingue.

Tout d'abord, je voudrais parler de l'accès aux services de santé dans la langue de la minorité, qui est un enjeu qui persiste et qui s'est certes accentué avec la COVID.

À titre d'exemple, l'Ontario est l'une des quelques provinces chanceuses où il existe une loi provinciale sur les services de santé depuis 1986 et où il y a une forte concentration de francophones — plus de 600 000. Je suis triste de vous dire que, dans la moitié des régions, donc la moitié de la province, qu'il n'y a aucune offre de service de santé désigné, selon cette Loi sur les services en français.

Cela signifie qu'il n'y a aucun service de soins de santé garanti sur la moitié du territoire, aucun lit de soins de longue durée, aucun service en matière de santé mentale et de dépendances, aucun service de soins primaires, aucun service de télémédecine, et je pourrais continuer. Donc, si des francophones reçoivent des services de santé en français, c'est le fruit d'un heureux hasard.

De plus, la COVID a malheureusement fragilisé l'offre de services de santé, ce qui a parfois rendu les services désignés non disponibles en français, et ce, même dans nos institutions phares, comme Montfort et Hawkesbury, pour ne nommer que celles-là.

Nous savons tous que l'ingrédient essentiel pour offrir des services de santé en français, ce sont des ressources humaines qui sont capables de communiquer en français. Nous savons aussi qu'il y a une grande pénurie de main-d'œuvre sans précédent qui touche tous les professionnels de la santé. Ce qui est moins connu, c'est le fait qu'il y a une sous-valorisation et une sous-optimisation chronique des ressources humaines capables de livrer des services en français.

For example, in Ontario, there are approximately 3,500 designated bilingual positions that are not filled, but there are just as many human resources capable of delivering services in non-designated positions.

This is a huge opportunity cost, a mismatch between capacity, supply and need.

Finally, I respectfully submit that the federal government must continue to play a leadership role in developing data on official language minority health services and in promoting the governance of this data by official language minority communities.

Let me explain. The data I just cited on access and human resources was collected and analyzed by OZi, an organization related to the Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario, which was created by the minority in response to a pressing need for data.

Today, OZi is a federal non-profit organization funded largely by federal transfers to the provinces, including Ontario. However, in 2020, after three years of data collection and analysis by OZi, Ontario decided to repatriate this data collection and analysis, along with all the intellectual property associated with it.

Since that time, the data is no longer publicly available. The data is no longer available to the francophone community. As a result, secondary analyses, such as the one on human resources, can no longer be commissioned by francophone community organizations and used for better health system planning. This is a great loss for the communities, and it is an unprofitable federal investment.

In conclusion, I will make two observations and one recommendation.

First, access to quality French-language health services remains an important issue for official language minority communities.

Second finding: The human resources that are able to deliver services in French are not optimized.

I also have a recommendation: The federal government has a leadership role to play in ensuring that data on the supply of, demand for and access to health services for official language minority communities are collected, analyzed and controlled by these communities.

Thank you for listening, and we look forward to continuing the conversation.

The Chair: Thank you very much for your presentation, Ms. Desaulniers.

À titre d'exemple, toujours en Ontario, il y a approximativement 3 500 postes désignés bilingues non comblés, mais il y a autant de ressources humaines capables de livrer des services dans des postes non désignés.

C'est un coût d'opportunité énorme, un désalignement entre la capacité, l'offre et les besoins.

Enfin, je vous soumets respectueusement que le gouvernement fédéral doit continuer de jouer un rôle de leadership dans le développement des données sur les services de santé en langue officielle minoritaire et dans la promotion de la gouvernance de ces données par les communautés de langue officielle en situation minoritaire.

Je m'explique. Les données que je viens de citer sur l'accès et les ressources humaines ont été recueillies et analysées par OZi, un organisme apparenté au Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario, créé par la minorité pour répondre à un besoin criant de données.

Aujourd'hui, OZi est un organisme fédéral à but non lucratif financé en grande partie par des transferts fédéraux aux provinces, dont l'Ontario. Cependant, en 2020, après trois ans de collecte et d'analyse de données par OZi, l'Ontario a décidé de rapatrier cette collecte et cette analyse de données ainsi que toute la propriété intellectuelle s'y rattachant.

Depuis ce temps, les données ne sont plus disponibles publiquement. Les données ne sont plus disponibles pour la communauté francophone. Donc, des analyses secondaires, comme celle sur les ressources humaines, ne peuvent plus être commanditées par des organismes communautaires francophones et utilisées pour assurer une meilleure planification du système de santé. C'est une grande perte pour les communautés, et c'est un investissement fédéral non rentabilisé.

En conclusion, je ferai deux constats et une recommandation.

Premier constat : l'accès à des services en santé en français de qualité demeure un enjeu important pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire.

Deuxième constat : les ressources humaines qui sont en mesure de livrer des services en français ne sont pas optimisées.

J'ai aussi une recommandation : le gouvernement fédéral a un rôle de leadership à jouer, soit celui de s'assurer que des données sur l'offre, la demande et l'accès à des services de santé aux communautés de langue officielle en situation minoritaire sont recueillies, analysées et gouvernées par ces communautés.

Merci de votre écoute, et au plaisir de poursuivre la conversation

Le président : Merci beaucoup de votre présentation, madame Desaulniers

I will now give the floor to the Executive Director of the Réseau Santé en français de la Saskatchewan, Ms. Frédérique Baudemont. The floor is yours.

Frédérique Baudemont, Executive Director, Réseau Santé en français de la Saskatchewan: First of all, I would like to thank the members of the committee for having representatives from our regions here today. Senator Raymonde Gagné, you are one of the founders of the Réseau Santé en français du Manitoba, and your commitment to the francophonie is recognized by the entire community.

I would like to make special mention of my colleague Annie Bédard, who has told me about the important work you have done in Manitoba.

I would like to begin by talking about a few things that illustrate the reality of our region and our provinces.

First, we have a relatively low demographic weight: In 2016, people speaking French and English represented 8.6% in Manitoba, 6.6% in Alberta, 6.8% in British Columbia and 4.7% in Saskatchewan.

In addition, we have a francophone population scattered over a large territory, with some concentrations in urban centres; St. Boniface is an example, as are a few large cities in other provinces and territories, but there are also many francophones who live in rural communities and are doubly isolated.

There is also a legislative context that is not very conducive to engagement; there is a lack of legislation regarding access to French-language health services; and there are sometimes French-language service policies that are, for the most part, not very prescriptive.

In Manitoba, I must say that four of the five regional health offices are designated bilingual and that there are several institutions, such as the St. Boniface Hospital. I am not going to say more about Manitoba, because I believe that Senator Gagné has much more knowledge than I do.

However, it must be recognized that designated bilingual systems are virtually non-existent in other provinces. Governments, departments and other health structures do not, most of the time, have the reflex to include a francophone lens in their strategies and their analysis of health needs.

The absence of language clauses in health transfer agreements generally results in a lack of commitment by our health care systems to offer health care services in French to francophones.

However, there are hopes and expectations.

Je donne maintenant la parole à la directrice générale du Réseau Santé en français de la Saskatchewan, Mme Frédérique Baudemont. La parole est à vous.

Frédérique Baudemont, directrice générale, Réseau Santé en français de la Saskatchewan : Tout d'abord, j'aimerais remercier les membres du comité de recevoir les représentants de nos régions aujourd'hui. Sénatrice Raymonde Gagné, vous êtes l'une des fondatrices du Réseau Santé en français du Manitoba, et votre engagement pour la francophonie est reconnu par la communauté tout entière.

Je tiens en particulier à mentionner ma collègue Annie Bédard, qui m'a fait part de l'importance du travail que vous avez fait au Manitoba.

Je voudrais tout d'abord parler de quelques éléments qui illustrent la réalité de notre région et de nos provinces.

D'abord, il y a un poids démographique relativement faible : en 2016, les personnes parlant français et anglais représentaient 8,6 % au Manitoba, 6,6 % en Alberta, 6,8 % en Colombie-Britannique et 4,7 % en Saskatchewan.

De plus, nous avons une population francophone dispersée sur un grand territoire, avec quelques concentrations dans des centres urbains; Saint-Boniface en est un exemple, tout comme les quelques grandes villes des autres provinces et territoires, mais il y a aussi beaucoup de francophones qui vivent dans des communautés rurales et qui sont doublement isolés.

Il y a aussi un contexte législatif peu favorable à l'engagement; une absence de lois par rapport à l'accès aux services de santé en français; enfin, il y a parfois des politiques de services en langue française qui sont, la plupart du temps, peu ou pas prescriptives.

Au Manitoba, je dois dire qu'il y a quand même quatre des cinq bureaux régionaux de la santé qui sont désignés bilingues et qu'il y a plusieurs établissements, comme l'Hôpital de Saint-Boniface. Je ne vais pas en dire plus sur le Manitoba, parce que je crois que la sénatrice Gagné a beaucoup plus de connaissances que moi.

Cependant, il faut reconnaître que des systèmes désignés bilingues sont à peu près inexistant dans les autres provinces. Les gouvernements, ministères et autres structures en santé n'ont pas, la plupart du temps, le réflexe d'inclure une lentille francophone dans leurs stratégies et leur analyse des besoins en santé.

L'absence de clauses linguistiques dans les ententes de transferts en santé aboutit en général à l'absence d'engagement de nos systèmes de santé pour ce qui est d'offrir des services de santé en français aux francophones.

Pourtant, on a des espoirs et des attentes.

In Saskatchewan, within the provincial health authority, a first initiative has been implemented to identify the bilingual capacity of the health system. Beginning to educate the system about active offer, and funding an empathetic listening line — the TAO Tel-Aide line — is particularly important for us, especially after this period of COVID, where we have seen an increase in anxiety and depression issues.

This multifaceted initiative is encouraging, but it is tied to one-time funding from Health Canada that ended on March 31, 2023.

A long-term investment would allow us to move on to the next steps, which are to implement an active offer of French-language health services, to make access to the crisis line permanent, and to equip and support health care professionals.

The signing of the bilateral health agreements, which Mr. Désilets mentioned, is a source of hope. We have high expectations for the equity clause, especially for official language minority communities. In Alberta, our colleague Paul Denis is very encouraged by the openness shown by the ministers and public servants. The Réseau santé Alberta has been invited to prepare an action plan for the francophone community. However, all of this depends on the goodwill of decision makers and the approach is not the same everywhere.

I will take some time to talk about the role of our networks in the absence of formal health services. The networks have a key role to play, especially where francophones have little or no access to French-language services.

In Saskatchewan, we have developed a system to accompany patients to their medical appointments. Nearly 90% of users are newcomers.

In partnership with the Faculty of Medicine in Saskatoon and the University of Ottawa, we have developed simulated patient training in language skills for health students. Today, patients are trained across the country and we offer simulated clinics nationally.

Our health networks are addressing the lack of active offer by identifying French-speaking health professionals in our country, and publishing this information for francophones.

Beyond health care, we call on our health professionals to support communities in health promotion and prevention through our forums, symposia and workshops; all the networks hold such events.

En Saskatchewan, au sein de l'autorité de santé provinciale, une première initiative a été mise en œuvre pour identifier la capacité bilingue du système de santé. Commencer à sensibiliser le système à l'offre active, et financer une ligne d'écoute empathique — la ligne TAO Tel-Aide —, pour nous, c'est particulièrement important, surtout après cette période de la COVID, où l'on a vu un accroissement des problèmes d'anxiété et de dépression.

Cette initiative, qui comporte plusieurs volets, est encourageante, mais elle est liée à un financement ponctuel de Santé Canada qui a pris fin le 31 mars 2023.

Un investissement à long terme permettrait de passer aux étapes suivantes, soit mettre en place l'offre active de services de santé en français, pérenniser l'accès à la ligne d'écoute et outiller et appuyer les professionnels de la santé.

La signature des accords bilatéraux en santé, dont M. Désilets nous a parlé, est une source d'espoir. Nous avons beaucoup d'attentes par rapport à la clause qui touche l'équité, en particulier pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire. En Alberta, notre collègue Paul Denis est très encouragé par l'ouverture manifestée par les ministres et les fonctionnaires. Le Réseau santé Alberta a été invité à préparer un plan d'action pour la communauté francophone. Toutefois, tout cela dépend du bon vouloir des décideurs et l'approche n'est pas la même partout.

Je vais prendre un peu de temps pour parler du rôle de nos réseaux en l'absence de services de santé structurés. Les réseaux ont un rôle primordial à jouer, en particulier là où les francophones n'ont pas ou ont peu d'accès à des services en français.

En Saskatchewan, nous avons développé un système d'accompagnement des patients à leurs rendez-vous médicaux. Près de 90 % des utilisateurs sont de nouveaux arrivants.

Nous avons développé, en partenariat avec la Faculté de médecine de Saskatoon et l'Université d'Ottawa, une formation de patients simulés en compétence linguistique destinée aux étudiants en santé. Aujourd'hui, des patients sont formés dans tout le pays et nous offrons des cliniques simulées à l'échelle nationale.

Nos réseaux de santé pallient l'absence d'offre active en identifiant les professionnels de la santé parlant français chez nous, et en publant cette information pour les francophones.

Au-delà des soins de santé, nous faisons appel aux professionnels de la santé de chez nous pour appuyer des communautés en matière de promotion de la santé et de prévention dans nos forums, nos colloques et nos ateliers; chacun des réseaux tient ce genre d'activités.

Our health networks across the country have expertise, and we feel it is very important to recognize, utilize and build on that expertise.

In conclusion, I would like to say that while respecting provincial jurisdictions, it is important to invest in the long term to enable all health players to act together to actively offer French-language health services to our francophone populations living in minority settings.

Today, access to health services still too often depends on ad hoc and random funding and the goodwill of decision makers.

Our hopes lie in the implementation of a long-term vision, particularly in the context of the new Action Plan for Official Languages.

Thank you.

The Chair: Thank you, Ms. Baudemont. I will now give the floor to Ms. Audrey Fournier, Executive Director of the Fédération franco-ténoise. The floor is yours, Ms. Fournier.

Audrey Fournier, Executive Director, Fédération franco-ténoise: My name is Audrey Fournier and I am the Executive Director of the Fédération franco-ténoise, which is the organization responsible for the Réseau TNO Santé, the French-language health network in the Northwest Territories.

Thank you to the members of the Senate committee for giving us the opportunity today to talk about our particular context and to highlight some of the health issues facing our official language minority communities. For these communities, access to equitable health services in French remains a real issue, even though all three territories, Nunavut, Yukon and the Northwest Territories, have legislation recognizing French as an official language.

Today, I am going to talk mainly about the context of the Northwest Territories, because that is the one I know best, but several observations will still apply to the reality of the other territories. In the Northwest Territories, because of the territorial law, the government is obliged to provide services in French to its citizens. We have a number of interesting achievements, including a Francophone Affairs Secretariat, an Office of the Languages Commissioner, standards for French-language services and communications and, of course, a concept of active offer of services in French.

We are in a good position compared to other communities in Canada. However, and despite obvious work on the part of the territorial government to make communications available in French, getting health care services in French remains very difficult. A survey conducted by the territorial government on

Nos réseaux de santé partout au pays ont des expertises, et il nous semble très important de les reconnaître, les utiliser et les exploiter.

En conclusion, j'aimerais dire que tout en respectant les compétences provinciales, il est important d'investir à long terme pour permettre à tous les joueurs en santé d'agir ensemble pour offrir activement des services de santé en français à nos populations francophones vivant en milieu particulièrement minoritaire.

Aujourd'hui, l'accès aux services de santé dépend encore trop souvent de financements ponctuels et aléatoires et du bon vouloir des décideurs.

Nos espoirs vont vers la mise en œuvre d'une vision à long terme, notamment dans le cadre du nouveau Plan d'action pour les langues officielles.

Je vous remercie.

Le président : Merci, madame Baudemont. Je donne maintenant la parole à Mme Audrey Fournier, directrice générale de la Fédération franco-ténoise. La parole est à vous, madame Fournier.

Audrey Fournier, directrice générale, Fédération franco-ténoise : Je m'appelle Audrey Fournier et je suis directrice générale de la Fédération franco-ténoise, qui est l'organisme responsable du Réseau TNO Santé, soit le réseau de santé en français des Territoires du Nord-Ouest.

Merci aux membres du comité sénatorial de nous offrir aujourd'hui l'occasion de parler de notre contexte particulier et de mettre en lumière certains enjeux relatifs à la santé que vivent nos communautés de langue officielle en situation minoritaire. Pour ces communautés, l'accès à des services de santé équitables en français reste un vrai enjeu, et ce, même si les trois territoires, le Nunavut, le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest ont une loi reconnaissant le français comme langue officielle.

Aujourd'hui, je vais surtout parler du contexte des Territoires du Nord-Ouest, parce que c'est celui que je connais le mieux, mais plusieurs constats vont quand même résonner avec la réalité des autres territoires. Aux Territoires du Nord-Ouest, en raison de la loi territoriale, le gouvernement est dans l'obligation de donner des services en français aux citoyens. Nous avons d'ailleurs plusieurs acquis intéressants, dont un Secrétariat aux affaires francophones, un commissariat aux langues, des normes sur les services et communications en français et, bien sûr, un concept d'offre active de services en français.

Nous sommes en bonne position comparativement à d'autres communautés au Canada. Cependant, et malgré un travail évident de la part du gouvernement territorial pour rendre les communications disponibles en français, obtenir un service de santé en français reste vraiment difficile. Dans un sondage mené

user satisfaction with French-language services showed that in 67% of the cases reported, the francophone patient did not receive services in French.

Active offer is made in less than 50% of cases and even when it is made, it does not necessarily result in service being provided in French afterwards. These figures are quite worrisome for us and have an impact on our communities. As my colleague mentioned earlier, not receiving service in one's own language can have negative impacts on the patient and their health.

More generally, the absence of services in French also has an impact on the vitality of our communities. For example, we have seen some families who have had to make the heartbreaking choice to leave their community because they were unable to obtain speech therapy or child psychiatry services for their children. In order to reduce health inequities and improve the health of communities, we must therefore go beyond active offer and plan for the delivery of health services in French. We need to know the needs, have data, and train and recruit bilingual staff. For years, in the Northwest Territories, the designation of bilingual positions has been postponed for fear of hurting the rest of the population by keeping positions vacant, because it is more difficult to recruit bilingual professionals.

Francophone communities should not be left behind for administrative reasons or lack of political will. Residents of the territories are already vulnerable due to geographic remoteness and often have to navigate a second health system to access specialized services in another province. This significantly increases navigation, coordination and communication challenges and risks to the patient.

To support improved health outcomes for official language minority communities, we encourage the federal government to be proactive and take a leadership role on this issue. In the Northwest Territories, for example, 100% of the funds invested in French come from the federal government. The federal government can demand accurate and comprehensive accountability so that funds are not used to create the appearance of services and are actually used to increase the capacity of the health system to meet the needs of patients in their language.

Similarly, we believe that language clauses in federal-territorial health and social services agreements would ensure accountability of territorial governments and better access to French-language health services for our communities. In this sense, they are an indispensable tool for real health equity across Canada. Thank you.

The Chair: Thank you, Ms. Fournier.

par le gouvernement territorial sur la satisfaction des usagers quant aux services en français, on a appris que, dans 67 % des cas rapportés, le patient francophone n'a pas reçu de services en français.

L'offre active, elle, est faite dans moins de 50 % des cas et même lorsqu'elle est faite, cela ne résulte pas nécessairement en un service donné en français par la suite. Ces chiffres sont assez inquiétants pour nous et ont un impact sur nos communautés. Comme mon collègue l'a mentionné précédemment, ne pas recevoir de service dans sa langue peut avoir des impacts négatifs sur le patient et sur sa santé.

Plus globalement, l'absence de services en français a aussi un impact sur la vitalité de nos communautés. On a, par exemple, vu quelques familles qui ont dû faire le choix déchirant de quitter leur communauté parce qu'elles n'arrivaient pas à obtenir des services en orthophonie ou en pédopsychiatrie pour leurs enfants. Afin de diminuer les iniquités en santé et d'améliorer la santé des communautés, il faut donc aller au-delà de l'offre active et planifier la prestation de services de santé en français. Il faut connaître les besoins, avoir des données, former et recruter du personnel bilingue. Depuis des années, dans les Territoires du Nord-Ouest, on repousse la désignation de postes bilingues par peur de nuire au reste de la population en gardant des postes vacants, parce qu'il est plus difficile de recruter des professionnels bilingues.

Les communautés francophones ne devraient pas écoper pour des raisons administratives ou par manque de volonté politique. Les habitants des territoires sont déjà vulnérables en raison de l'éloignement géographique et ils doivent souvent naviguer au sein d'un deuxième système de santé pour avoir accès à des services spécialisés dans une autre province. Cela augmente considérablement les défis de navigation, de coordination et de communications et les risques pour le patient.

Pour favoriser l'amélioration de la santé des communautés de langue officielle en situation minoritaire, nous encourageons le gouvernement fédéral à être proactif et à jouer un rôle de leader dans ce dossier. Dans les Territoires du Nord-Ouest, par exemple, ce sont 100 % des fonds investis pour le français qui viennent du fédéral. Celui-ci peut exiger une reddition de comptes précise et exhaustive, pour éviter que les fonds ne servent à créer une apparence de services et qu'ils servent bel et bien à augmenter la capacité du système de santé à répondre aux besoins des patients dans leur langue.

De la même façon, nous pensons que des clauses linguistiques dans les ententes fédérales-territoriales en matière de santé et de services sociaux assurerait une responsabilisation des gouvernements territoriaux et un meilleur accès à des services de santé en français pour nos communautés. Elles sont, en ce sens, un outil indispensable à une réelle équité en santé partout au Canada. Merci.

Le président : Merci, madame Fournier.

Pierre-Louis Roisiné, Executive Director, Réseau Santé Nouvelle-Écosse: Mr. Chair, honourable senators, members of the Standing Senate Committee on Official Languages, the Acadian and francophone communities thank you for this opportunity to appear before you and contribute to this essential study on minority language health services. My name is Pierre Roisiné and I am the Director of Réseau Santé Nouvelle-Écosse.

In Nova Scotia, as in other provinces, French-language health care faces similar challenges. French-language health services are haphazard, based on goodwill and not organized in a systemic way.

There is a lack of knowledge or awareness of the importance of language in health care delivery as well as legal obligations and even the existence of Acadian and francophone communities. Information on the language of the patient or on health care professionals is not collected. These issues have a significant impact on the health and well-being of members of the francophone community, particularly seniors.

In Nova Scotia, the francophone population is older than the general population. Statistical variables also show that francophones aged 65 and over are more likely to be disadvantaged with respect to the determinants of health than the general population. Despite this, Acadian and francophone seniors and their families are faced with the lack of a dedicated strategy for French-language health services.

In some counties in Nova Scotia, one in three seniors is francophone. However, no home or part of a home is designated bilingual and there is no structured offer of French-language health services. Although it is an essential premise for any health service planning, the language of patients is not captured in a systemic way. In a survey of long-term care homes conducted last year, the majority of respondents indicated that they had no mechanism to collect data on the languages spoken by residents.

These language barriers impact not only seniors, but also their families. One community member told me that she was relieved that her mother died in the hospital rather than being placed in a long-term care home during the COVID pandemic. At the hospital, she could be present to translate the directions of the hospital staff and accompany her mother. Placed in a home, her mother, suffering from dementia, would have received no services in French, and her daughter would have had to live with the guilt of having let her mother die completely isolated.

Pierre-Louis Roisiné, directeur général, Réseau Santé Nouvelle-Écosse : Monsieur le président, honorables sénateurs et sénatrices membres du Comité sénatorial permanent des langues officielles, les communautés acadiennes et francophones vous remercient de cette occasion de se présenter devant vous et de contribuer à cette étude essentielle sur les services de santé dans la langue de la minorité. Je m'appelle Pierre Roisiné et je suis directeur de Réseau Santé Nouvelle-Écosse.

En Nouvelle-Écosse comme dans d'autres provinces, les soins de santé en français sont confrontés à des enjeux identiques. Les services de santé en français sont aléatoires, reposent sur la bonne volonté et ne sont pas organisés de façon systémique.

Il y a un manque de connaissances ou de sensibilisation sur l'importance de la langue dans l'offre de soins de santé ainsi que sur les obligations légales, voire même l'existence des communautés acadiennes et francophones. Les informations sur la langue du patient ou sur les professionnels de santé ne sont pas collectées. Ces enjeux ont un impact considérable sur la santé et le mieux-être des membres de la communauté francophone, en particulier les personnes âgées.

En Nouvelle-Écosse, la population francophone est plus âgée que dans l'ensemble de la population. Les variables statistiques démontrent également que les personnes francophones âgées de 65 ans et plus sont plus susceptibles d'être désavantagées par rapport aux déterminants de la santé que l'ensemble de la population. Malgré cela, les personnes âgées acadiennes et francophones, ainsi que leurs familles, doivent composer avec une absence de stratégie désignée pour les services de santé en français.

Dans certains comtés de la Nouvelle-Écosse, une personne âgée sur trois est francophone. Cependant, aucun foyer ou partie de foyer n'est désigné bilingue et il n'y a aucune offre structurée de services de santé en français. Même si elle est une prémissse essentielle à toute planification des services de santé, la langue des patients n'est pas captée de façon systémique. Dans une étude réalisée l'année dernière auprès des foyers de soins de longue durée, la majorité des établissements répondants ont indiqué qu'ils ne disposaient d'aucun mécanisme de collecte de données sur les langues parlées par les résidants.

Ces barrières linguistiques ont un impact non seulement sur les personnes âgées, mais également sur leurs familles. Une membre de la communauté m'a dit qu'elle avait été soulagée que sa mère meure à l'hôpital plutôt que d'être placée dans un foyer de soins de longue durée au moment de la COVID. À l'hôpital, elle pouvait être présente pour traduire les indications du personnel hospitalier et accompagner sa mère. Placée dans un foyer, sa mère, souffrant de démence, n'aurait obtenu aucun service en français, et sa fille aurait dû vivre en se sentant coupable d'avoir laissé mourir sa mère complètement isolée.

However, initiatives in Ontario, Manitoba and Prince Edward Island have shown that it is possible to set up adapted environments to ensure quality of care and a suitable environment for francophone seniors so that they can age and die with dignity.

Canada's aging population will increase the demand for home and community care services. Most seniors want to age in their own homes, even if they have a long-term health problem that limits their independence. It is crucial that strategies be put in place to provide quality health care in French in the homes of seniors.

Of course, there are many gaps. In 2020, in an effort to better understand the home care needs of the Acadian and francophone population, the Nova Scotia Health Authority partnered with Réseau Santé Nouvelle-Écosse and other community partners to launch The Place We Live: Understanding the Home Care Needs of Nova Scotia's Acadian and Francophone Population.

The purpose of this initiative was to seek input from the Acadian and francophone population on home care by consulting directly with clients, caregivers and community members. Several issues were identified by Acadian and francophone clients: the lack of French-speaking resources, Acadian and francophone clients not being aware of the services available through Continuing Care Services, the lack of cultural awareness among health care professionals, the lack of regions that can provide home care services in French, and the lack of an established process to identify the patient's preferred language of communication.

Many challenges exist, but the expertise is available and many initiatives have proven successful. As well, the provincial partners, whether they are community partners or health authorities, are on board. For example, I want to acknowledge the efforts of the Nova Scotia Health Authority, and in particular the Continuing Care Division, to be involved in these discussions.

In closing, I would like to echo the words of the seniors in our communities who, as they face their aging, are asking us very simply and very strongly, "Help us not to die in English."

Thank you for your attention.

The Chair: Thank you very much for your presentations, which raise important issues. We'll now move to the question and answer period. I would ask the committee members in the room to refrain from leaning too close to their microphones or

Pourtant, des initiatives en Ontario, au Manitoba ou à l'Île-du-Prince-Édouard ont montré qu'il était possible de mettre en place des environnements adaptés permettant d'assurer une qualité de soins et un environnement adapté aux personnes aînées francophones afin qu'elles vieillissent et meurent dignement.

Le vieillissement de la population au Canada va engendrer une augmentation de la demande de services de soins à domicile et en milieu communautaire. En effet, la plupart des aînés souhaitent vieillir chez eux, et ce, même lorsqu'ils souffrent d'un problème de santé à long terme limitant leur autonomie. Il est crucial de mettre en place des stratégies visant l'offre de soins de santé de qualité et en français au domicile des personnes aînées.

Certes, les lacunes sont nombreuses. En 2020, dans le but de mieux comprendre les besoins en soins à domicile de la population acadienne et francophone, l'autorité de la santé de la Nouvelle-Écosse s'est associée au Réseau Santé Nouvelle-Écosse et à d'autres partenaires communautaires afin de lancer l'initiative L'endroit où nous vivons : Comprendre les besoins en soins à domicile de la population acadienne et francophone de la Nouvelle-Écosse.

Cette initiative visait à demander l'avis de la population acadienne et francophone sur les soins à domicile en consultant directement les clients, les proches aidants et les membres de la communauté. Plusieurs enjeux ont été identifiés par les clients acadiens et francophones : le manque de ressources parlant français, les clients acadiens et francophones qui ne sont pas au courant des services offerts au moyen du programme de soins en continu, le manque de sensibilisation culturelle des professionnels de la santé, le manque de régions pouvant offrir des services à domicile en français et l'absence d'un processus établi pour identifier la langue de communication préférée du patient.

De nombreux défis existent, mais l'expertise est disponible et bien des initiatives ont fait leurs preuves. De même, les partenaires provinciaux, qu'ils soient des partenaires communautaires ou les autorités de la santé, sont au rendez-vous. Ainsi, je veux saluer les efforts de l'autorité de la santé de la Nouvelle-Écosse, et en particulier du département de soins en continu qui veut être associé à ces discussions.

En conclusion, je reprends les mots des personnes aînées de nos communautés qui, confrontées à leur vieillissement, nous demandent très simplement et très fortement : « Aidez-nous à ne pas mourir en anglais. »

Merci de votre attention.

Le président : Merci beaucoup pour vos présentations qui soulèvent des enjeux importants. Nous allons maintenant passer à la période des questions et des réponses. Je demanderais aux membres du comité présents dans la salle de s'abstenir de

to remove their earpieces if they do so. This will avoid any feedback that could have a negative impact on the committee staff in the room.

Honourable senators, as you can see, we have several speakers. We will try to keep to the usual five minutes for questions and answers so that we can hear everyone. So we will start in order. I'm going to give the floor to the deputy chair of the committee, Senator Poirier.

Senator Poirier: Thank you to all the witnesses for being with us this evening. My question is for Mr. Désilets and concerns the consultation between the Société Santé en français, the French-language health networks and the federal government. Are you satisfied with the consultation mechanisms in place? Are they effective? Do they need to be improved and if so, by what means?

Mr. Désilets: Thank you for the question. I think that the consultation mechanisms are quite effective. The last consultation received responses from over 1,500 French and English respondents; in terms of consultation for a department, that is very high. This was in the context of developing the 2018-2023 Action Plan for Official Languages. In terms of the effectiveness of the consultations, I think they don't always generate the desired results. With Bill C-13, we saw that we needed a central agency to ensure that the various departments act in the same way.

Health Canada's role must be well defined in the action plan and aligned with the plan's objectives; there will be work to do at this level. It is not about consultation, it is about collaboration.

Senator Poirier: Are you holding consultations with the government?

Mr. Désilets: With the department, we have two meetings a year of the advisory committee on official language communities and there are ad hoc consultations, including the one for 2022 that I mentioned.

Senator Poirier: My second question is also for Mr. Désilets and concerns the recognition of foreign credentials to facilitate the mobility of health care workers across the country. Do you have any recommendations for the federal government to improve these skills? What role do you think the various professional associations can play in foreign credential recognition?

se pencher trop près de leur microphone ou de retirer leur oreillette s'ils le font. Cela permettra d'éviter tout retour sonore qui pourrait avoir un impact négatif sur le personnel du comité dans la salle.

Honorables sénateurs et sénatrices, comme vous le voyez, nous avons plusieurs intervenants. Nous allons essayer de respecter les cinq minutes habituelles pour les questions et les réponses, afin que nous puissions entendre tout le monde. Donc, nous allons commencer dans l'ordre. Je vais donner la parole à la vice-présidente du comité, la sénatrice Poirier.

La sénatrice Poirier : Merci à tous les témoins d'être avec nous ce soir. Ma question s'adresse à M. Désilets et concerne la consultation entre la Société Santé en français, les réseaux de la santé en français et le gouvernement fédéral. Êtes-vous satisfait des mécanismes de consultation en place? Sont-ils efficaces? Doivent-ils être améliorés et si oui, par quels moyens?

M. Désilets : Je vous remercie de la question. Je pense que les mécanismes de consultation sont assez efficaces. La dernière consultation a récolté des réponses de plus de 1 500 répondants francophones et anglophones; sur le plan de la consultation pour un ministère, c'est très élevé. C'était dans le cadre de l'élaboration du Plan d'action pour les langues officielles de 2018-2023. En ce qui concerne l'efficacité des consultations, je pense qu'elles ne génèrent pas toujours les résultats escomptés. Avec le projet de loi C-13, on a vu qu'on avait besoin d'une agence centrale pour s'assurer que les différents ministères agissent de la même façon.

Le rôle de Santé Canada doit être bien défini dans le plan d'action et s'aligner aux objectifs du plan; il y aura du travail à ce niveau. L'enjeu n'est pas lié à la consultation, mais plutôt à la collaboration.

La sénatrice Poirier : Tenez-vous des consultations avec le gouvernement?

M. Désilets : Avec le ministère, on a deux rencontres par année du comité consultatif sur les communautés de langue officielle et il y a des consultations ponctuelles, dont celle de 2022 dont je vous ai parlé.

La sénatrice Poirier : Ma deuxième question s'adresse aussi à M. Désilets et concerne la reconnaissance des titres de compétences étrangers pour faciliter la mobilité des travailleurs de la santé partout au pays. Avez-vous des recommandations à faire au gouvernement fédéral afin d'améliorer ces compétences? Selon vous, quel rôle les différentes associations professionnelles peuvent-elles jouer dans la reconnaissance des titres de compétences étrangers?

Mr. Désilets: That's a good question. In terms of credential recognition, I think that at the federal level, there could be a single entrance exam for the different professions. Many provinces and territories make their own choices, which now leads to different qualifications, for example, between nurses trained in Quebec and those trained in New Brunswick. The tests are not the same.

We can add to this provincial agreements with other source countries of immigration, which also creates differences in mobility. For example, in Quebec, there is an agreement with France, which allows people to come to the country and be retrained fairly quickly, which is not possible in some places. Other provinces want to follow that example and recreate that; New Brunswick is moving in that direction now.

Senator Loffreda: Thank you to our witnesses for being here tonight, and welcome to the Senate. Let us talk about our Official Languages in Health Program (OLHP). What have been the main results achieved with this program? What impact has it had in your communities? Will it correct some of the gaps or shortcomings that you mentioned? If not, why not?

Mr. Désilets: I would like to quickly describe our intervention model. We do not offer any services in French directly. We are financed through federal funds. Our role is to influence the health sector players in the provinces and territories so that they can make the necessary changes.

In terms of impact, over the last 20 years — Health Canada has supported us for 20 years — we have built thousands of partnerships across the country. You know that health is a very complex environment. This has allowed us to position the networks, and there has been an influence on the different legislative frameworks in some provinces. Over the past five years, we have begun to build structuring and permanent tools and a regular service offer. Our role is to engage, influence and mobilize knowledge, and then to develop capacity that will enable these people to achieve the changes we want to see.

There is often a backsliding of our gains. Sometimes it just takes the election of a government or the departure of a champion in a department; there are many reasons why we make gains or have setbacks. We take two steps forward, one step back; it's a very common situation on the ground that affects our ability to effect lasting change.

Senator Loffreda: Language is a determinant of health, we all agree on that. It is an issue, and we have heard about the gaps and shortcomings across the country. How do we address that? Do we have enough physicians and health professionals to address the gaps that we see across the country right now? You see it everywhere, in any city; there are major gaps. I totally

M. Désilets : C'est une bonne question. En ce qui a trait à la reconnaissance des diplômes, je pense qu'au fédéral, on pourrait reconnaître un seul examen d'entrée aux différentes professions. Beaucoup de provinces et territoires font leurs propres choix, ce qui amène maintenant des qualifications différentes, par exemple, entre les infirmières formées au Québec et celles qui sont formées au Nouveau-Brunswick. Ce ne sont pas les mêmes tests.

On peut ajouter à cela des ententes provinciales avec d'autres pays sources d'immigration, ce qui crée également des écarts de mobilité. Par exemple, au Québec, il y a une entente avec la France, grâce à laquelle les gens peuvent venir au pays et se faire reformer assez rapidement, ce qui n'est pas possible à certains endroits. D'autres provinces veulent suivre cet exemple et recréer cela; le Nouveau-Brunswick progresse dans cette voie actuellement.

Le sénateur Loffreda : Merci à nos témoins d'être ici ce soir et bienvenue au Sénat. Parlons de notre Programme pour les langues officielles en santé (PLOS). Quels ont été les principaux résultats atteints avec ce programme? Quel impact a-t-il eu dans vos communautés? Corrigera-t-il certaines lacunes ou certains manquements que vous avez mentionnés? Sinon, pourquoi?

M. Désilets : J'aimerais vous décrire rapidement notre modèle d'intervention. Nous n'offrons aucun service en français directement. Nous sommes financés grâce à des fonds fédéraux. Notre rôle est d'influencer les acteurs du secteur de la santé dans les provinces et les territoires afin qu'ils puissent apporter les changements nécessaires.

En ce qui concerne les retombées, au cours des 20 dernières années — Santé Canada nous appuie depuis 20 ans —, nous avons bâti des milliers de partenariats partout au pays. Vous savez que la santé est un environnement très complexe. Cela nous a permis de positionner les réseaux, et il y a eu une influence sur les différents cadres législatifs dans certaines provinces. Au cours des cinq dernières années, on a commencé à bâtir des outils structurants et permanents et une offre de service régulière. Notre rôle est d'engager, influencer et mobiliser les connaissances, puis de développer des capacités qui permettront à ces gens de réaliser les changements que l'on veut obtenir.

Il y a souvent un recul de nos acquis. Il faut parfois juste l'élection d'un gouvernement ou le départ d'un champion au sein d'un ministère; il y a plusieurs raisons qui nous amènent à faire des gains ou des reculs. On fait deux pas devant, un pas derrière; c'est une situation très courante sur le terrain qui affecte notre capacité à provoquer des changements durables.

Le sénateur Loffreda : La langue est un facteur déterminant de la santé, nous sommes tous d'accord là-dessus. C'est un enjeu, et nous avons entendu parler des lacunes et des manquements partout au pays. Comment pouvons-nous y remédier? Avons-nous suffisamment de médecins et de professionnels de la santé pour remédier aux lacunes constatées

agree that language is a major determinant of health. You talked about a 25% reduction in mortality if you speak in the patient's language; that's incredible. How do we address that?

Ms. Desaulniers: If I may respond... We would like to have an answer to your question, but to do so, we would need very specific data. I had the opportunity to share some of it with you for Ontario, because there was an initiative to collect very specific data. So, unfortunately, we don't have that information.

The professional associations do not collect this information regularly; it varies greatly from province to province. What information we do have is unfortunately anecdotal, thanks to the data I have shared with you.

When we look at Ontario — there are shortages coming up — we see that there is really a sub-optimization of resources and that we could make considerable gains if there were a better alignment between language skills, needs and the places where the services are requested by patients. There are significant gains to be made with the data we have.

There is a study from several years ago — I know you are replacing Senator Moncion — in Northern Ontario that said there are enough French-speaking physicians in Ontario, but they are not well distributed. Recently, we were fortunate to do some work with OZi in Prince Edward Island, which included linguistic identity on the health card. With that, you can look at both sides of the equation and know where the demand is and where people are coming in. We also looked at capacity data and realized that we could increase the capacity to offer French-language services to francophones by more than 50% by simply making this better alignment.

Senator Loffreda: So, it is a matter of planning and strategy across the country to improve everything.

Ms. Desaulniers: Yes, exactly.

Senator Gagné: Good evening, everyone. Thank you for being here and speaking on behalf of your communities, the networks and the Société Santé en français. It is important to have this exchange.

I wanted to come back to a comment you made, Mr. Désilets, about the language clauses. I would like to point out that there were amendments made at the committee stage in the House of Commons regarding the inclusion of language clauses

dans l'ensemble du pays actuellement? On le voit partout, dans n'importe quelle ville : il y a des lacunes majeures. Je suis tout à fait d'accord pour dire que la langue est un facteur déterminant de la santé. Vous avez parlé de 25 % de réduction de la mortalité si on parle dans la langue du patient; c'est incroyable. Comment peut-on remédier à une telle situation?

Mme Desaulniers : Si je peux me permettre de répondre... On aimerait avoir une réponse à votre question, mais pour cela, il faudrait avoir des données très précises. J'ai eu la chance d'en partager quelques-unes avec vous pour l'Ontario, parce qu'il y a eu une initiative visant à colliger des données très précises. Donc, malheureusement, on n'a pas cette information.

Les ordres professionnels ne captent pas cela régulièrement; c'est très variable selon la province. Ce qu'on a comme information est malheureusement anecdotal, grâce aux données dont je vous ai fait part.

Lorsqu'on regarde l'Ontario — il y a des pénuries qui s'en viennent —, on voit qu'il y a vraiment une sous-optimisation des ressources et qu'on pourrait faire des gains considérables s'il y avait un meilleur alignement entre les compétences linguistiques, les besoins et les lieux où l'offre de services est demandée par les patients. Il est possible de faire des gains importants avec les données que nous avons.

Il y a une étude datant de plusieurs années — je sais que vous remplacez la sénatrice Moncion — dans le Nord de l'Ontario, qui mentionnait qu'il y avait suffisamment de médecins francophones en Ontario, mais qu'ils ne sont pas bien répartis. Récemment, nous avons eu la chance de faire du travail avec OZi, à l'Île-du-Prince-Édouard, qui a inclus l'identité linguistique sur la carte-santé. Grâce à cela, on peut regarder les deux côtés de l'équation et savoir où est la demande et où les gens se présentent. On a également regardé des données de capacité et on s'est rendu compte qu'on pourrait augmenter à plus de 50 % la capacité d'offrir des services en français aux francophones en faisant simplement ce meilleur alignement.

Le sénateur Loffreda : Donc, c'est une question de planification et de stratégie partout au pays afin d'améliorer le tout.

Mme Desaulniers : Oui, exactement.

La sénatrice Gagné : Bonsoir à tous. Merci d'être là et de prendre la parole au nom de vos communautés, des réseaux et de la Société Santé en français. C'est important de pouvoir avoir cet échange.

Je voulais revenir à un commentaire que vous avez fait, monsieur Désilets, sur les clauses linguistiques. J'aimerais souligner qu'il y a eu des amendements apportés à l'étape de l'examen en comité à la Chambre des communes en ce qui a trait

in agreements between the federal government and the provinces and territories. This requires discussion so that it does not fly under the radar.

I would also like to mention that the inclusion of language clauses was highlighted as a priority in the consultation summary report published by Health Canada in 2022.

When the Minister of Health was asked about this issue last week, he mentioned that he was confident about the provisions included in the health transfer agreements recently negotiated with the provinces and territories.

Have you seen the agreements, and do they contain language clauses?

Mr. Désilets: Thank you, Senator Gagné.

Thank you for setting the record straight. It was not clear in my introduction, but I greatly appreciate the work that the committee did to study Bill C-13; you did an excellent job.

Indeed, I heard Mr. Duclos say that; there is also a great deal of goodwill, and this must be emphasized. Currently, there are bilateral agreements between the federal government and the provinces that include a principle of equal access. What remains to be done is to define an action plan to implement this principle.

At this point, we have not had a clear answer from federal and provincial stakeholders as to what an equal access principle looks like. There is certainly a role for us as an organization to provide an answer to the question, but that principle has yet to be defined and there is a risk that it will be defined by political goodwill in different places.

Senator Gagné: To go back to this question of the equality principle, the federal government still has the spending power, for all intents and purposes, because it is the Canada Health Act that governs these agreements and arrangements, the granting of transfers to the provinces and so on.

I would like you to tell us whether you believe that the principle of accessibility in this act covers equitable access for official language minority communities.

Mr. Désilets: I am not a legal expert, so this is my point of view...

My understanding of the principle of accessibility is financial and monetary accessibility. It does not affect accessibility in terms of health outcomes.

à l'inclusion de dispositions linguistiques dans les ententes entre le gouvernement fédéral et les provinces et territoires. Cela oblige à tenir une discussion afin que cela ne passe pas sous le radar.

J'aimerais également mentionner que l'inclusion des clauses linguistiques est apparue comme une priorité dans le rapport sommaire de consultation publié par Santé Canada en 2022.

Lorsqu'on a questionné le ministre de la Santé sur cet enjeu la semaine dernière, il a mentionné qu'il était confiant en ce qui concerne les dispositions incluses dans les ententes de transferts en santé négociées récemment avec les provinces et les territoires.

Je me suis posé la question : avez-vous pris connaissance des ententes, et est-ce que ces dernières contiennent des clauses linguistiques?

Mr. Désilets : Merci, madame la sénatrice Gagné.

Merci de remettre les pendules à l'heure. Ce n'était pas clair dans mon introduction, mais j'apprécie énormément le travail que le comité a fait pour étudier le projet de loi C-13; vous avez fait de l'excellent travail.

Effectivement, j'ai entendu M. Duclos affirmer cela; il y a aussi beaucoup de bonne volonté et il faut absolument le souligner. Actuellement, il y a des accords bilatéraux entre le gouvernement fédéral et les provinces qui comprennent un principe d'égalité d'accès. Ce qui reste à faire, c'est de définir un plan d'action de mise en œuvre de ce principe.

À ce moment-ci, nous n'avons pas obtenu de réponse claire des intervenants fédéraux et provinciaux pour savoir à quoi ressemble un principe d'égalité d'accès. On a certainement un rôle à jouer comme organisme pour fournir une réponse à la question, mais ce principe reste à définir et il y a un risque qu'il le soit par la bonne volonté politique à différents endroits.

La sénatrice Gagné : Pour revenir à cette question du principe d'égalité, le fédéral a tout de même le pouvoir de dépenser, à toutes fins utiles, car c'est la Loi canadienne sur la santé qui régit ces accords et ces ententes, l'octroi des transferts aux provinces, etc.

J'aimerais que vous nous disiez si vous croyez que le principe d'accessibilité dans cette loi couvre l'accès équitable pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire.

Mr. Désilets : Je ne suis pas légiste, donc c'est une lecture...

Ma compréhension du principe d'accessibilité, c'est une accessibilité sur les plans financier et monétaire. Cela ne touche pas l'accessibilité en ce qui concerne les résultats en santé.

Our study of the Canada Health Act showed us that it is a law that ensures the provision of programs by public health systems in Canada, but not in terms of expected outcomes for different populations.

To tie another answer to this one, since we know that there is a lack of data on health status and available services, even if the principle of accessibility allowed us to get that data — hypothetically, but that's not the case — it would still take the best data to determine if there is really an impact. I would say to you that it's a good lead, but it hasn't helped us so far.

Senator Gagné: Can I ask one last question?

Should the Canada Health Act be reviewed to include a specific commitment to official languages?

Mr. Désilets: That is an excellent question. I think we can always improve our various laws. There are probably different principles that we want to see in health care in Canada that could be combined with this legislation.

My understanding is that the objective of the Canada Health Act is to cover public systems. I believe that, in the bilateral agreements mentioned earlier, if we can agree on clear action plans, on clear accountability and on data collection that breaks down the data by official language, we may have a temporary solution, which may not be permanent, but which would allow us to move forward and make progress.

Senator Mégie: My question is for whoever wants to answer it.

Given the observation that you have all made regarding the situation of French in health care and the lack of resources to offer these services to the population, how do you see the arrival of artificial intelligence to offer virtual telemedicine services or other types of services?

Could this be done in French? How do you see that happening?

The Chair: Who wants to answer that question? I'm thinking of Ms. Baudemont, but also of others who could answer that question in terms of the widely dispersed territories.... What role can telemedicine play in that?

Who would like to answer? I don't know if I'm betraying the senator's question by talking about artificial intelligence.

Notre étude de la Loi canadienne sur la santé nous a montré que c'est une loi qui assure l'offre de programmes des systèmes de santé publics au Canada, mais pas sur le plan des résultats attendus pour les différentes populations.

Pour lier une autre réponse à celle-ci, comme on sait qu'il manque des données sur les états de santé et sur les services disponibles, même si le principe d'accessibilité nous permettait d'obtenir ces données — hypothétiquement, mais ce n'est pas le cas —, cela nous prendrait quand même les meilleures données pour déterminer s'il y a vraiment des incidences. Je vous dirais que c'est une bonne piste, mais que cela ne nous a pas aidés jusqu'à maintenant.

La sénatrice Gagné : Est-ce que je peux poser une dernière question?

Faudrait-il revoir la Loi canadienne sur la santé pour y inclure un engagement spécifique en matière de langues officielles?

M. Désilets : C'est une excellente question. Je pense qu'on peut toujours améliorer nos différentes lois. Il y a probablement différents principes qu'on veut voir en santé au Canada et qu'on pourrait jumeler à cette loi.

Ma compréhension, c'est que l'objectif de la Loi canadienne sur la santé, c'est de couvrir des systèmes publics. Je crois que, dans les accords bilatéraux qu'on a mentionnés précédemment, si on peut s'entendre sur des plans d'action clairs, sur une reddition de comptes claire et sur une collecte de données qui ventile celles-ci par langue officielle, je pense qu'on a peut-être en main une solution temporaire, qui n'est peut-être pas pérenne, mais qui nous permettrait d'avancer et de faire des progrès.

La sénatrice Mégie : Ma question s'adresse à qui voudra y répondre.

Devant le constat que vous avez tous fait par rapport à la situation du français en matière de soins de santé et au manque de ressources pour offrir ces services à la population, comment voyez-vous la venue de l'intelligence artificielle pour offrir des services virtuels de télémédecine ou d'autres genres de services?

Est-ce que cela pourrait se faire en français? Comment voyez-vous cela?

Le président : Qui veut répondre à cette question? Je pense à Mme Baudemont, mais aussi à d'autres qui pourraient répondre à cette question par rapport aux territoires très dispersés... Quel rôle peut jouer la télémédecine dans ce sens?

Qui voudrait répondre? Je ne sais pas si je trahis la question de la sénatrice en parlant d'intelligence artificielle.

Mr. Désilets: Thank you for the question. I hadn't planned to talk about artificial intelligence today, but I think you are right, that is obviously on the cutting edge. As someone who recently used ChatGPT myself to do some testing, what it can do can be scary.

There is a connection that has been made with telemedicine. Telemedicine is really about delivering existing services in a different way. Artificial intelligence would enhance some services. I think artificial intelligence, de facto, doesn't really have language issues, or at least doesn't seem to have a lot of language issues, as I understand it.

I think it can help in terms of diagnostic burden, but there will always be a need for health care professionals. We often talk about the shortage of labour. To be very transparent, it is all Canadians who will suffer from that in future in health care. There are not enough doctors and not enough professionals. There is no reason why francophones should suffer more.

I believe that means such as artificial intelligence are things that should be explored, but especially from the perspective of the Canadian health care system and in a broader sense.

Senator Mégie: In summary, has telemedicine served you well in providing health care in French?

Mr. Désilets: The experience of the pandemic has encouraged the expansion of telemedicine services. Telemedicine is another way of offering a pre-existing service. We are still living with the arrival or growth of telemedicine, and there are still issues around continuity of service. How can we ensure that telemedicine services are well matched with services that must be offered in person? There is certainly a language dimension, but my reading of the situation is that we are still in the process of determining how this will work for everyone. Also, as francophones, we need to make sure that we don't miss the boat and that we are present. There are committees at the federal level that we sit on to ensure equity.

Senator Mégie: Thank you very much.

The Chair: I have a follow-up question. In the Northwest Territories, what results have been achieved in the pilot project to increase the availability of mental health services in French through telemedicine? Do you have any information to give us on that?

Ms. Fournier: Thank you for the question, Mr. Chair.

M. Désilets : Merci de la question, je n'avais pas prévu de parler d'intelligence artificielle aujourd'hui, mais je pense que vous êtes manifestement à l'avant-garde. Comme j'ai utilisé moi-même récemment ChatGPT pour faire des tests, cela peut être effrayant ce que cela peut faire.

Il y a un lien qui a été fait avec la télémédecine. La télémédecine, c'est vraiment la prestation de services existants de façon différente. L'intelligence artificielle permettrait de renforcer certains services. Je pense que l'intelligence artificielle, de facto, n'a pas vraiment d'enjeux linguistiques, ou du moins ne semble pas avoir beaucoup d'enjeux linguistiques, selon ma compréhension des choses.

Je pense que cela peut aider sur le plan du fardeau des diagnostics, mais on aura toujours besoin de professionnels de la santé. On parle souvent de la pénurie de main-d'œuvre. Pour être très transparent, ce sont tous les Canadiens et les Canadiennes qui en souffriront à l'avenir en santé. Il n'y a pas assez de médecins et pas assez de professionnels. Il n'y a pas de raisons pour que les francophones doivent en souffrir davantage.

Je crois que des moyens comme l'intelligence artificielle, ce sont des choses qui sont complètement à explorer, mais surtout dans la perspective du système de soins de santé canadien et dans un sens plus large.

La sénatrice Mégie : En résumé, est-ce que la télémédecine vous a servi pour offrir des soins de santé en français?

M. Désilets : L'expérience de la pandémie a favorisé l'expansion des services de télémédecine. La télémédecine, c'est une autre façon d'offrir un service qui est préexistant. On vit encore avec l'arrivée ou la croissance de la télémédecine, et il y a encore des enjeux sur le plan de la continuité des services. Comment s'assurer que le service de la télémédecine sera bien jumelé avec des services qui doivent être offerts en personne? Il y a certainement une dimension linguistique, mais ma lecture de la situation, c'est qu'on est encore en train de déterminer comment tout cela va fonctionner pour tous. De plus, en tant que francophones, il faut s'assurer de ne pas manquer le bateau et d'être présents. Il y a des comités qui existent à l'échelle fédérale et auxquels on siège pour s'assurer de l'équité.

La sénatrice Mégie : Merci beaucoup.

Le président : J'ai une question complémentaire. Dans les Territoires du Nord-Ouest, quels résultats ont été atteints dans le cadre du projet pilote qui visait à augmenter l'offre de services de santé mentale en français grâce à la télémédecine? Est-ce que vous avez de l'information à nous donner à ce sujet?

Mme Fournier : Je vous remercie de la question, monsieur le président.

I would say that it is difficult to evaluate. There were different outcomes, but in terms of the telemedicine part, it was an agreement signed between the territorial government and a service provider in Nunavut, if I'm not mistaken, to provide services by phone or Skype in French, English and Indigenous languages.

I couldn't give you specifics on accessibility. From what I have seen, there may have been a lack of communication and knowledge within the community about this new service. That can always be fixed and we can always work on that.

Otherwise, in terms of the service itself, as to whether we can realistically have good service in French consistently and without delay to get the services of a francophone practitioner, I couldn't tell you, because I think that's something that hasn't been evaluated yet.

The Chair: Thank you very much.

Senator Clement: Thank you to all the witnesses; you have really given very clear testimony and it is much appreciated.

I have a question for Ms. Desaulniers, from my region in eastern Ontario, and then for Ms. Baudemont.

I will start with you, Ms. Desaulniers. "When you're sick, you're not bilingual"; it's so well said! I have an English-speaking father and a French-speaking mother, so I dream in English and French. However, when I came out of surgery several years ago, I could no longer speak English. I came out of anesthesia and I didn't speak English, only my native language. The way you said that is very powerful.

I'd like you to tell me a little bit more about the data, the local control that is lost and the fact that this data is disaggregated. I guess it's data that talks about language and intersection with race? I don't know. What would it take for the federal government to get back to a better system where the local level has more control? What needs to be done?

Ms. Desaulniers: Thank you for the question, Madam Senator.

I'll give you some background on the data project. It was a provincial project that collected data on the system's capacity to deliver services in French.

There was data on human resources, data on organizational practices and questions that needed to be asked, such as: Is the data on the language of the patient being collected and is it being matched? There was also data on French-speaking patients presenting at the various points of service. The idea behind this

Je vous dirais que c'est difficile à évaluer. On a eu différents résultats, mais en ce qui a trait à la partie ayant trait à la télémédecine, il s'agissait d'une entente signée entre le gouvernement territorial et un prestataire de service au Nunavut, si je ne m'abuse, qui devait donner des services par téléphone ou par Skype en français, en anglais et dans les langues autochtones.

Je ne pourrais pas vous donner de précisions sur l'accessibilité. Selon ce que j'ai vu, il y avait peut-être un manque de communication et de connaissance au sein de la communauté sur ce nouveau service. Cela peut toujours être réparé et on peut toujours travailler là-dessus.

Sinon, pour ce qui est du service en tant que tel, quant à savoir si on peut, de façon réaliste, avoir un bon service en français constant et sans délai pour obtenir les services d'un intervenant francophone, je ne pourrais pas vous le dire, parce que je pense que c'est quelque chose qui n'a pas encore été évalué.

Le président : Merci à vous.

La sénatrice Clement : Merci à tous les témoins; vous avez vraiment témoigné de façon très claire et c'est fort apprécié.

J'ai une question pour Mme Desaulniers, de ma région de l'Est de l'Ontario, puis pour Mme Baudemont.

Je vais commencer par vous, madame Desaulniers. « Quand on est malade, on n'est pas bilingue »; c'est tellement bien dit! J'ai un père anglophone et une mère francophone, donc je rêve en anglais et en français. Cependant, quand je suis sortie d'une intervention chirurgicale, il y a plusieurs années, je ne parlais plus anglais. Je sortais de l'anesthésie et je ne parlais plus anglais, seulement ma langue maternelle. C'est très puissant la façon dont vous avez dit cela.

J'aimerais que vous me parliez un peu plus des données, du contrôle local qui est perdu et du fait que ces données sont désagrégées. J'imagine que ce sont des données qui parlent de la langue et de l'intersection avec la race? Je ne sais pas. Que faudrait-il faire pour que le fédéral revienne à un meilleur système où l'échelle locale a plus de contrôle? Qu'est-ce qui doit être fait?

Mme Desaulniers : Merci pour la question, madame la sénatrice.

Je vais vous donner un peu de contexte sur le projet de données. C'était un projet provincial qui colligeait des données sur la capacité du système à livrer des services en français.

Il y avait des données sur les ressources humaines, des données sur les pratiques organisationnelles et des questions qu'il fallait se poser, par exemple : les données sur la langue du patient sont-elles colligées et fait-on l'arrimage? Il y avait aussi des données sur les patients francophones qui se présentaient aux

project was to use the data as a collective asset; reports are produced at the regional level, but also at the provincial level.

What has happened, one could say, is a good thing; the government has taken responsibility and decided to do this collection by itself.

Unfortunately, some very important functionality for communities was not included in this transfer; secondly, the data is no longer available in a disaggregated format for analysis and review.

What could the government do? I note that a significant investment of \$505 million was announced for the Canadian Institute for Health Information, or CIHI, to collect health data. CIHI is an incredible organization that does great work, but I don't know about their ability to really take a francophone perspective, and what is important for francophones, which is to produce reports that could help us and define some indicators.

I think that's one of the things that needs to be looked at. It was mentioned earlier that the federal government has the spending power in this regard, but how do we ensure that there is francophone collection, analysis and governance of this data? I think that might be one of the things to consider.

I do not know what could be done, for example, in Ontario, because one of the things that had been ordered was that the data be destroyed, which reminded us of other times in history when important data was destroyed to the detriment of Canadians.

Senator Clement: Thank you very much.

Ms. Baudemont, you talked about newcomers. I would like to know the impact of this intersection. We are francophone, we are potentially racialized; what is the impact of all this on the needs in terms of health care?

You mentioned support services, but what does this community need?

Ms. Baudemont: This community needs support services, but it is probably the community that is most vulnerable in the immediate term when it comes to Canada. They need to be accompanied in the health care system. They need to be supported in terms of translation by our accompaniment service. That's what we do; there's a part that consists in accompanying newcomers to help them understand the system and so on.

The other part consists of translation and follow-up to allow these people to have a health pathway that will allow them to live better in a new country.

différents points de service. L'idée derrière ce projet, c'était d'utiliser les données comme un actif collectif; des rapports sont produits à l'échelle régionale, mais aussi provinciale.

Ce qui est arrivé, on pourrait dire que c'est une bonne chose; le gouvernement s'est responsabilisé et a décidé de faire cette collecte par lui-même.

Malheureusement, certaines fonctionnalités très importantes pour les communautés n'ont pas été incluses dans ce transfert; de deuxièmement, les données ne sont plus disponibles dans un format désagrégé pour qu'on puisse les analyser et les examiner.

Qu'est-ce que le gouvernement pourrait faire? Je note qu'on a annoncé un investissement important de 505 millions de dollars pour que l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) collige des données sur la santé. L'ICIS est un organisme incroyable qui fait de l'excellent travail, mais je ne connais pas sa capacité à adopter réellement une lentille francophone et ce qui est important pour les francophones, soit produire des rapports qui pourraient nous aider et définir certains indicateurs.

Je pense que c'est une des choses sur lesquelles il faut se pencher. On a mentionné plus tôt que le gouvernement fédéral a le pouvoir de dépenser à cet égard, mais comment s'assurer qu'il y aura une collecte, des analyses et une gouvernance de ces données par les francophones? Je pense que cela pourrait être une des choses à considérer.

Je ne sais pas ce qui pourrait être fait, par exemple en Ontario, parce qu'on avait notamment reçu la commande de détruire les données, ce qui nous a rappelé d'autres moments dans l'histoire où des données importantes ont été détruites au détriment des Canadiens.

La sénatrice Clement : Merci beaucoup.

Madame Baudemont, vous avez parlé des nouveaux arrivants. J'aimerais connaître l'impact de cette intersection. On est francophone, on est potentiellement racialisé; quel est l'impact de tout cela sur le plan des besoins en ce qui a trait aux soins de santé?

Vous avez parlé de services d'accompagnement, mais de quoi cette communauté a-t-elle besoin?

Mme Baudemont : Cette communauté a besoin de services d'accompagnement, mais c'est probablement la communauté qui est la plus vulnérable dans l'immédiat au moment où elle arrive au Canada. Elle a besoin d'être accompagnée dans le système de soins de santé. Elle a besoin d'être appuyée pour ce qui est de la traduction par notre service d'accompagnement. C'est ce que l'on fait; il y a une partie qui consiste à faire de l'accompagnement pour comprendre le système et ainsi de suite.

L'autre partie consiste à faire de la traduction et à assurer un suivi pour permettre à ces gens d'avoir un parcours de santé leur permettant de mieux vivre dans un nouveau pays.

We know that in our communities, more and more people are arriving from other francophone countries. I would say that one of the challenges is to increase our reception capacity. One of the essential elements is work, of course, but there is also everything related to health, because people arrive with challenges and experiences; they arrive with experiences that are not always easy.

For example, we have begun to receive some funding from Immigration, Refugees and Citizenship Canada in recent years. This allows us, within the networks, to start equipping the workers who welcome newcomers to support them and give them tools. We are talking about vicarious trauma and everything that is similar to post-traumatic stress disorder after difficult experiences. These are the types of tools that are currently being used and disseminated. I think it all has to do with improving and increasing the direct collaboration that we can establish.

We are the conduit between newcomers and the health care system, to get both the system and the newcomers to understand how it all works.

A lot of effort goes into making sure that there is that dialogue and collaboration. I have to say that there is definitely progress. We're seeing that progress, but as I mentioned earlier, it's often small steps, because you don't change an entire system and you don't serve an entire population in just one, two or three years. It's something that's done over the long term, and that's especially the case for newcomers.

Senator Clement: Yes, we need to go beyond one-time funding.

Ms. Baudemont: Absolutely.

Senator Clement: I really appreciate your answers. Thank you very much.

Senator Mockler: First of all, thank you each and every one of you for being here tonight and sharing your knowledge with us.

I have heard some touching and thought-provoking comments like, "Help us not die in English." I remember the birth of the Société Santé en français organization very well. You came from far away and did a great job. Thank you to each and every one of you for your leadership.

I would like to hear from the witnesses about the following. Mr. Désilets, you said, "We can do things differently." That's important when we hear that from Société Santé en français. What does "differently" mean?

On sait que, dans nos communautés, de plus en plus de personnes arrivent d'autres pays francophones. Je dirais que l'un des défis est d'augmenter notre capacité d'accueil. L'un des éléments essentiels, c'est le travail, bien sûr, mais il y a aussi tout ce qui touche la santé, parce que les gens arrivent avec des défis et des expériences; ils arrivent avec un vécu pas toujours facile.

Par exemple, on a commencé à recevoir un peu de financement de la part d'Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada au cours des dernières années. Cela nous permet, au sein des réseaux, de commencer à outiller les intervenants qui accueillent les nouveaux arrivants pour les appuyer et leur donner des outils. On parle du trauma vicariant et de tout ce qui s'apparente au trouble de stress post-traumatique après des expériences difficiles. C'est ce type d'outils qu'on utilise et qu'on diffuse actuellement. Je pense que tout est lié au fait d'améliorer et d'augmenter la collaboration directe qu'on peut établir.

Nous sommes des courroies de transmission entre les nouveaux arrivants et le système de soins de santé, pour faire comprendre à la fois au système et aux nouveaux arrivants comment tout cela fonctionne.

Beaucoup d'efforts sont déployés pour assurer cette concertation et cette collaboration. Je dois dire qu'il y a vraiment des progrès. On constate ces progrès, mais, comme je le mentionnais plus tôt, ce sont souvent des progrès à petits pas, parce qu'on ne change pas tout un système et qu'on ne sert pas toute une population seulement en un, deux ou trois ans. C'est quelque chose qui se fait à long terme, et c'est notamment le cas pour les nouveaux arrivants.

La sénatrice Clement : Oui, il faut aller au-delà du financement ponctuel.

Mme Baudemont : Absolument.

La sénatrice Clement : J'apprécie beaucoup vos réponses. Merci beaucoup.

Le sénateur Mockler : Premièrement, merci à chacun et chacune de vous d'être ici ce soir et de partager vos connaissances avec nous.

J'ai entendu certains commentaires touchants et qui font réfléchir comme : « Aidez-nous à ne pas mourir en anglais. » Je me rappelle très bien la naissance de l'organisme Société Santé en français. Vous êtes venus de loin et vous avez fait du beau travail. Merci à chacun et chacune de vous de votre leadership.

J'aimerais entendre les témoins nous parler de ce qui suit. Monsieur Désilets, vous avez dit : « On peut faire autrement »; c'est important lorsqu'on entend cela de la part de Société Santé en français. Que veut dire « autrement »?

Give me three examples of services in French that you would offer differently to improve services. I would also like to hear from the provinces and territories.

Mr. Désilets: First, we need better legislative frameworks. This is not technically a service, but it is everything that frames the issue of services. The issue of better legislative frameworks was raised in the context of Bill C-13, but also in the provinces and territories.

Second, there needs to be a focus on population health. Currently, all or most official language support programs deal with access to health services; it is absolutely essential, access to services. However, as you noted, when there are labour shortages, there are access issues.

There are many other dimensions to health, such as healthy living, promotion and the whole context of the health continuum. Yet there is almost no investment, so I would say that we need to promote health and focus on the determinants of health.

Third, we need to recognize language as a professional skill. I won't say any more because I will give my colleagues a chance to speak.

Ms. Fournier: To put it another way, I would say prioritize health care systems and collaboration between health care systems and the community. There was a question earlier about the impact of the Official Languages in Health Program; first of all, we need to build relationships between community organizations, health care systems and service providers. It's something that is paying off, helping the systems to be more aware of the needs and to better respond to them.

As you can see, we are a national movement with a lot of solutions across Canada. Working with us, for a health care system, opens doors and allows for solutions. That's really positive.

Secondly, I agree wholeheartedly with the legislative framework and a requirement for governments to deliver results.

On the labour shortage side, in our community, not just in the Northwest Territories, we also have a severe housing shortage.

We're trying to address the labour shortage, but we're having a huge problem finding housing for newcomers. People are leaving. They get jobs, but they can't find housing, so they leave. It's a one-time problem, but I wanted to mention it.

Donnez-moi trois exemples de services en français que vous offririez différemment pour améliorer les services. J'aimerais aussi entendre les provinces et les territoires.

M. Désilets : D'abord, il faut de meilleurs cadres législatifs. Ce n'est pas techniquement un service, mais c'est tout ce qui encadre la question des services. On a évoqué la question des meilleurs cadres législatifs dans le contexte du projet de loi C-13, mais aussi dans les provinces et les territoires.

Deuxièmement, il faut mettre l'accent sur la santé populationnelle. Actuellement, tous les programmes ou la majorité de programmes d'appui aux langues officielles touchent l'accès aux services de santé; c'est absolument essentiel, l'accès aux services. Cependant, comme vous l'avez noté, quand il y a des pénuries de main-d'œuvre, il y a des enjeux en matière d'accès.

Il y a beaucoup d'autres dimensions à la santé, comme les habitudes de vie saines, la promotion et tout le contexte du continuum de santé. Pourtant, il n'y a presque pas d'investissements; je dirais donc qu'il faut faire la promotion de la santé et privilégier l'action sur les déterminants de la santé.

Troisièmement, il faut reconnaître la langue comme une compétence professionnelle. Je n'en dis pas plus, car je vais laisser la chance à mes collègues de s'exprimer.

Mme Fournier : Pour faire autrement, je dirais qu'il faut prioriser les systèmes de soins de santé et la collaboration entre les systèmes de soins de santé et la communauté. Un peu plus tôt, une question portait sur l'impact du Programme pour les langues officielles en santé; d'abord, il faut tisser des liens entre les organismes communautaires, les systèmes de soins de santé et les prestataires de services. C'est quelque chose qui porte ses fruits, qui aide les systèmes à mieux connaître les besoins et à mieux y répondre.

Comme vous le voyez, nous sommes un mouvement national qui a plein de solutions à proposer un peu partout au Canada. Le fait de collaborer avec nous, pour un système de soins de santé, ouvre des portes et permet de trouver des solutions. C'est vraiment positif.

Ensuite, je suis tout à fait d'accord pour ce qui est du cadre législatif et d'une exigence de résultats pour les gouvernements.

Du côté de la pénurie de la main-d'œuvre, chez nous, et pas seulement dans les Territoires du Nord-Ouest, nous avons aussi une grave pénurie de logements.

On essaie de remédier à la pénurie de main-d'œuvre, mais on a énormément de mal à trouver du logement pour les nouveaux arrivants. Des gens repartent. Ils se trouvent des emplois, mais ils sont incapables de se trouver du logement, alors ils repartent. C'est un problème ponctuel, mais je tenais à le mentionner.

Mr. Roisiné: For my part, I would echo my colleague's idea to revalue collective impact plans in which funding is both directed to health systems, to encourage them to make changes, but also to the community setting, to support the health system.

There is a tendency to do directed funding where only one partner at the table gets funding, but the other partner is not at that table or does not get the same support to accompany the other partner. It is essential to have a table where we have funding reserved for each partner, which respects the different expertise, in order to be able to go further. The important thing is the circulation of data. It's good to collect it, but the data must follow.

When we register the patient's preferred language, this data must circulate and be found in the patient's medical record. Otherwise, the question of the patient's language has been asked once, but if the professional who wants to accompany the patient does not have the information on the patient's preferred language, we have not achieved any change for the patient.

Finally, the system must be strengthened by relying on community initiatives. For example, volunteer training in palliative care has been developed. They are present in the community. They are there to help long-term care homes accompany patients. By strengthening the community, we strengthen the health care system and the supply of health care in French. We are certainly responding to a shortage of health care professionals, because the system is there to help long-term care facilities.

Ms. Baudemont: I'm going to come back to funding, because funding is the lifeblood of the system. We need to have a long-term vision of access to health services in French for the communities. We need to get away from funding granted for two or three years, whether it is funding that goes directly into the health system or to the various health partners. Communication between stakeholders seems important to me. I dream of a time when, at the national level, we will be able to identify the bilingual capacity of the health system in the same way across the country and to identify the language spoken by patients. This would provide very interesting data.

For the western provinces, which have smaller populations, the first thing is to start identifying bilingual capacity, but also to support the people who have that capacity. I'm thinking of language support training, like the Cafés de Paris programs that were developed in New Brunswick; they are being replicated across the country and are supporting people who are ready to serve the community.

The Chair: Thank you. I'm going to ask a few questions. I don't know where private institutions fit into your respective environments. Are there any guidelines for service delivery? What role could governments play to ensure that official

M. Roisiné : De mon côté, je renchérirais sur l'idée de ma collègue, visant à revaloriser des plans d'impacts collectifs dans lesquels des financements sont à la fois tournés vers les systèmes de santé, pour les inciter à faire des changements, mais aussi vers le milieu communautaire, pour accompagner le système de santé.

On a tendance à faire des financements dirigés où un seul partenaire à la table reçoit du financement, mais l'autre partenaire n'est pas à cette table ou n'obtient pas le même appui pour accompagner l'autre partenaire. Il est essentiel d'avoir une table où on a des financements réservés à chacun, qui respectent les différentes expertises, pour pouvoir aller plus loin. L'important, c'est la circulation des données. C'est bien de les capter, mais il faut que les données suivent.

Lorsqu'on pose la question sur l'inscription de la langue de préférence du patient, il faut que cette donnée circule et qu'elle se retrouve dans le dossier médical du patient. Sinon, on a posé une première fois la question de la langue au patient, mais si ultimement le professionnel qui veut accompagner son patient ou sa patiente n'a pas l'information sur la langue de préférence du patient, on n'a pas abouti à un changement pour le patient.

Enfin, il faut renforcer le système en s'appuyant sur les initiatives communautaires. Par exemple, on a développé des formations de bénévoles en matière de soins palliatifs. Ils sont présents dans la communauté. Ils sont là pour aider les foyers de soins de longue durée à accompagner les patients. En renforçant le milieu communautaire, on renforce le système de santé et l'offre de soins de santé en français. On répond certainement à une pénurie de professionnels de la santé, car le système est là pour aider les établissements de soins de longue durée.

Mme Baudemont : Je vais revenir sur le financement, car le financement est le nerf de la guerre. Il faut avoir une vision à long terme de l'accès aux services de santé en français pour les communautés. Il faut sortir des financements accordés pour deux ou trois ans, que ce soit des financements qui vont directement dans le système de santé ou chez les différents partenaires en santé. La communication entre les intervenants me semble importante. Je rêve d'un moment où, à l'échelle nationale, on sera capable d'identifier la capacité bilingue du système de santé de la même façon partout au pays et d'identifier la langue parlée par les patients. Cela donnerait des données très intéressantes.

Pour les provinces de l'Ouest, qui ont des populations plus modestes, la première chose est de commencer à identifier la capacité bilingue, mais aussi à appuyer les gens qui ont cette capacité. Je pense aux formations d'appui linguistique, comme les programmes des Cafés de Paris, développés au Nouveau-Brunswick, qui font des petits partout au pays et qui permettent d'appuyer les personnes qui sont prêtes à servir la communauté.

Le président : Merci. Je vais, à mon tour, poser quelques questions. Je ne sais pas quelle place occupent les établissements privés dans vos environnements respectifs. Est-ce qu'il y a des balises pour la livraison des services? Quel rôle pourraient jouer

language minority communities are not penalized in terms of service delivery in the private sector? I would like to hear from Mr. Désilets and others on this subject.

Mr. Désilets: I will let my colleagues who work in the field answer the question.

The Chair: Who would like to answer, based on relevance in the regions?

Ms. Desaulniers: In Ontario, there is a lot of talk about privatization. This is a great concern for official language minority communities, for francophones, because the legislative framework for French-language services will not apply to private institutions. Unless other provisions are made, there is no mechanism for this legislation to apply. That's a concern for us.

The Chair: What could be the role of governments in this? Could governments play a role?

Ms. Desaulniers: They could, because they're going to enter into agreements to delegate responsibility for delivering those services. They will fund them. There is an opportunity to impose an accountability framework. Right now, it is possible to have a good accountability framework for public services. In planning or implementation, the process is not very rigorous right now. It's easy to foresee that it's going to be hard to do in the private sector.

The Chair: Thank you for your response. Would anyone else like to comment? If not, I have a question for Mr. Désilets on the determinants of health. Maybe my question is for everyone. Language is not specifically a determinant of health. It is linked to culture. Should language be a determinant of health? If so, what impact would that have on program delivery and program and policy definition?

Mr. Désilets: That's a great question. Language and culture are closely associated in terms of the determinants recognized by the Public Health Agency of Canada. Should language be a determinant of health? In my opinion, yes, and there are more and more studies and research that show that it is an issue that affects the quality of people's health. To the question you asked — Would it make a difference? — I said the federal government's support is focused on access to health services, which is one of the 12 determinants of health. I would hope that if a decision is made to adopt a new determinant, official languages, that it would come with programs to support that specific determinant.

les gouvernements pour s'assurer que les communautés de langue officielle en situation minoritaire ne sont pas pénalisées sur le plan de la livraison de services dans le secteur privé? J'aimerais entendre M. Désilets et d'autres personnes à ce sujet.

M. Désilets : Je vais laisser mes collègues qui travaillent sur le terrain répondre à la question.

Le président : Qui aimerait répondre, selon la pertinence dans les régions?

Mme Desaulniers : En Ontario, on parle beaucoup de privatisation. C'est une grande inquiétude pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire, pour les francophones, parce que le cadre législatif des services en français ne s'appliquera pas aux institutions privées. À moins qu'il y ait d'autres dispositions qui soient prises, il n'y a pas de mécanisme pour que cette législation s'applique. C'est une préoccupation pour nous.

Le président : Quel pourrait être le rôle des gouvernements en ce sens? Est-ce que les gouvernements pourraient jouer un rôle?

Mme Desaulniers : Ils le pourraient, parce qu'ils vont conclure des ententes pour déléguer la responsabilité de livrer ces services. Ils vont les financer. Il est possible d'imposer un cadre de reddition de comptes. En ce moment, il est possible d'avoir un bon cadre de reddition de comptes pour les services publics. Dans la planification ou la mise en œuvre, le processus n'est pas très rigoureux actuellement. Il est facile de prévoir que ça le sera difficilement au privé.

Le président : Merci de votre réponse. Est-ce que quelqu'un d'autre aimerait intervenir? Sinon, j'ai une question pour M. Désilets sur les déterminants de la santé. Ma question s'adresse peut-être à tout le monde. La langue n'est pas spécifiquement un déterminant de la santé. Elle est liée à la culture. Est-ce que la langue devrait être un déterminant de la santé? Si oui, quel impact cela aurait-il sur la prestation des programmes et sur la définition des programmes et des politiques?

M. Désilets : La question est excellente. On associe beaucoup la langue à la culture pour ce qui est des déterminants reconnus par l'Agence de la santé publique du Canada. Est-ce que la langue devrait être un déterminant de la santé? Selon moi, oui, et il y a de plus en plus d'études et de recherches qui montrent que c'est un enjeu qui affecte la qualité de la santé des gens. À la question que vous avez posée — est-ce que ça changerait des choses —, j'ai dit que l'appui du gouvernement fédéral se concentrerait sur l'accès aux services de santé, qui est l'un des 12 déterminants de la santé. J'ose espérer que, si on décidait d'adopter un nouveau déterminant, soit les langues officielles, cela viendrait avec des programmes en vue d'appuyer ce déterminant spécifique.

The Public Health Agency must diversify its programs that affect official languages. There is a lot of will, but it is also a question of scope and target audience. That is a very good idea, but even if language were one of the determinants of health, there would have to be a change in the current priorities.

The Chair: Thank you very much.

Senator Poirier: Again, thank you to the witnesses for all their good answers. I have a question for whoever wants to answer it. It has to do with the Action Plan for Official Languages. The 2023 budget provides an additional \$373.7 million over five years, starting in 2023-24, to support the implementation of the next Action Plan for Official Languages, as well as \$117 million over five years, part of which will be used to support the training of nurses and care attendants. Is this enough money to fill the gap? What impact will these funds have?

Mr. Désilets: I think when you ask that question, the answer is rarely yes. It's not enough. We spent over \$300 billion on health in Canada last year, if you mix federal, provincial and territorial investments. I think it was \$308 billion last year. The federal contribution is about \$40 billion in transfers, but \$40 million a year is allocated to the Official Languages in Health Program for two official language communities in 13 health systems. For every \$100 spent on health in Canada, one cent goes to the Official Languages Program. This is not enough. It's not just the federal government's job to be at the table. The provinces also have a responsibility to provide their own funds for their communities. Will we see an impact? I think we will.

We managed to renew our funding agreement with Health Canada without waiting for the action plan, but this was done on the basis of the 2018 amounts. You've seen, as I have, that the cost of living has increased substantially since 2018. So, we're starting this month with an effective purchasing power that's down 8% to 9% from what we had in 2018.

That's an effective reduction in support for official language communities. I hope that the action plan that will be unveiled soon will restore things.

Senator Poirier: What are your expectations of the action plan that will be unveiled this week?

Mr. Désilets: My colleagues have talked about it a bit, but we expect core funding for organizations, not ad hoc funding or funding for short-term priorities. We need to build capacity as community organizations.

L'Agence de la santé publique doit diversifier ses programmes qui touchent les langues officielles. Il y a beaucoup de volonté, mais c'est aussi une question qui a trait à l'ampleur et au public visé. Vous avez une très bonne piste, mais même si la langue faisait partie des déterminants de la santé, il faudrait un changement dans les priorités actuelles.

Le président : Merci beaucoup.

La sénatrice Poirier : Encore une fois, merci aux témoins de toutes leurs bonnes réponses. J'ai une question pour qui voudra y répondre. Elle porte sur le Plan d'action pour les langues officielles. Le budget de 2023 prévoit d'investir 373,7 millions de dollars de plus sur cinq ans, à compter de 2023-2024, pour appuyer la mise en œuvre du prochain Plan d'action pour les langues officielles, ainsi que 117 millions de dollars sur cinq ans dont une partie servira à soutenir la formation d'infirmières et de préposés de soins. Est-ce que ces montants sont suffisants pour combler le manque à gagner? Quel impact ces fonds auront-ils?

M. Désilets : Je pense que quand vous posez cette question, la réponse est rarement positive. Ce n'est pas suffisant. Nous avons dépensé l'an dernier plus de 300 milliards de dollars en santé au Canada, si on mélange les investissements fédéraux, provinciaux et territoriaux. Je pense que c'était 308 milliards de dollars l'an dernier. L'apport du fédéral est d'environ 40 milliards de dollars en transferts, mais 40 millions par année sont alloués au Programme pour les langues officielles en santé pour deux communautés de langue officielle dans 13 systèmes de santé. Sur chaque 100 \$ dépensé en santé au Canada, un cent va au Programme pour les langues officielles. C'est insuffisant. Ce n'est pas seulement au gouvernement fédéral d'être à la table. Les provinces ont aussi la responsabilité de mettre leurs propres fonds pour leurs communautés. Est-ce qu'on verra un impact? Je pense que oui.

On a réussi à renouveler notre entente de financement avec Santé Canada sans attendre le plan d'action, mais cela s'est fait sur la base des montants de 2018. Vous avez vu, comme moi, que le coût de la vie a augmenté de façon substantielle depuis 2018. Donc, on commence ce mois-ci avec un pouvoir d'achat effectif qui a diminué de 8 % à 9 % par rapport à ce qu'on avait en 2018.

C'est une réduction effective de l'appui envers les communautés de langue officielle. J'espère que le plan d'action qui sera dévoilé bientôt rétablira les choses.

La sénatrice Poirier : Quelles sont vos attentes par rapport au plan d'action qui sera dévoilé cette semaine?

M. Désilets : Mes collègues en ont un peu parlé, mais on s'attend à un financement de base pour les organismes, pas à un financement ponctuel ou pour des priorités à court terme. On a besoin de renforcer nos capacités d'organismes communautaires.

In many cases, like the network you see here, these organizations have one or two people in Canada. Their role is to influence a health system. It's a huge job; it's David versus Goliath all over. We need core funding to increase our capacity to influence others and then give more back to the communities we serve.

Senator Gagné: I just want to mention that the networks across Canada are doing an incredible job with the limited resources they get, whether it's from the federal level or others — I don't know if there are any that get provincial funding. Anyway, I know what kind of human resources or team you have. It's not a team of a hundred people. Hats off to everyone. I have great admiration for your work.

Right now, millions of Canadians have access to insurance that allows them to access virtual care services. Canadians are starting to want to be served much better virtually. I won't name one company that I know well that offers virtual care by qualified and caring clinicians. They are also able to offer prescriptions and identify pharmacies, and this is done quite effectively.

Can the Société Santé en français, in collaboration with the networks, even imagine one day having a public virtual care system offered to a French-speaking clientele? We talked about the whole issue of privatization. This is a challenge. It is an issue that is coming back and will come back.

It's a question that I'm putting to you. I don't have the answer.

Ms. Desaulniers: You're absolutely right that Canadians' thinking is evolving a lot on virtual care. It is no different for francophones. Our network has over 1,000 individual members. When we survey them on this issue, we see changes between five years ago and now. The barriers have come down. We absolutely have to move forward.

To answer Senator Mockler's question, if there is anything missing, it is rigorous service planning. This planning has a virtual component that could be used and would help us eliminate the geographic barriers, which are huge in our small communities. It starts with planning. We need to understand the needs where people are, know the capacity and match supply and demand. Telemedicine is a great way to do that. It's not just telemedicine; virtually, there's asynchronous care that's done as well. This is another possibility. In our region, there have been many attempts to do this. The challenge is resources. Some regions don't have a lot of resources — if I think of the Kingston area versus Ottawa, for instance. Even in Ottawa, there is less capacity for providers to do this. The timing may not be right.

Dans bien des cas, comme celui du réseau que vous voyez ici, ces organismes comptent une ou deux personnes au Canada. Leur rôle est d'influencer un système de santé. C'est un travail colossal; c'est David contre Goliath un peu partout. On a besoin de financement de base pour augmenter nos capacités à influencer les autres et pour redonner davantage par la suite aux communautés que l'on sert.

La sénatrice Gagné : Je veux juste mentionner que les réseaux, partout au Canada, font un travail incroyable avec le peu de ressources qu'ils obtiennent, que ce soit du fédéral — je ne sais pas s'il y en a qui reçoivent des fonds de la province. Bref, je sais quel genre de ressources humaines ou d'équipe vous avez. Ce ne sont pas des équipes d'une centaine de personnes. Chapeau à tout le monde. J'ai beaucoup d'admiration pour votre travail.

Actuellement, des millions de Canadiens ont accès à des assurances qui leur permettent d'avoir accès à des services de soins virtuels. Les Canadiens commencent à vouloir être beaucoup mieux servis de façon virtuelle. Je ne nommerai pas une compagnie que je connais bien qui offre des soins virtuels par des cliniciens qualifiés et attentionnés. Ils sont aussi en mesure d'offrir des ordonnances et identifier des pharmacies, et cela se fait de façon assez efficace.

Est-ce que la Société Santé en français, en collaboration avec les réseaux, peut même imaginer un jour avoir un système public de soins virtuels offerts à une clientèle francophone? On a parlé de toute la question de la privatisation. C'est un défi. C'est un enjeu qui revient et qui va revenir.

C'est une question que je vous lance. Je n'ai pas la réponse.

Mme Desaulniers : Vous avez tout à fait raison de dire que la pensée des Canadiens évolue beaucoup sur le virtuel. Ce n'est pas différent pour les francophones. Notre réseau compte plus de 1 000 membres individuels. Lorsque nous les sondons sur cette question, nous voyons des changements entre il y a cinq ans et maintenant. Les barrières sont tombées. Il faut absolument aller de l'avant.

Pour répondre à la question du sénateur Mockler, s'il y a quelque chose qui manque, c'est une planification rigoureuse des services. Cette planification a une composante virtuelle qu'on pourrait utiliser et qui nous aiderait à éliminer les barrières géographiques, qui sont énormes dans nos petites communautés. Cela commence par une planification. Il faut comprendre les besoins là où les gens sont, connaître la capacité et harmoniser l'offre et la demande. La télémédecine est une excellente façon de le faire. Il n'y a pas que la télémédecine; en virtuel, il y a de l'asynchronisme qui se fait aussi. C'est une autre possibilité. Dans notre région, on a beaucoup tenté de le faire. Le défi, ce sont les ressources. Certaines régions n'en ont pas beaucoup — si je pense à la région de Kingston par rapport à Ottawa. Même à Ottawa, les fournisseurs ont moins la capacité de le faire. Le moment n'est peut-être pas bon.

You're absolutely right that it's a solution, but it takes careful planning and it takes money. We talked earlier about the \$117 million for training, but if we don't put incentives in place to better align francophone resources with francophone needs, we will continue to provide the same type of support, which doesn't go far enough to provide access to your mother, your father, the children...

Senator Gagné: One of the things I notice is that there are health professionals who find it more attractive to go to work in the private sector, because in terms of salary, it is somewhat more competitive and they do not have to travel. All the benefits of such an environment do not eliminate the importance of having services on site. As you say, I see a paradigm shift.

The Chair: If I can add something in that context, studies show us that internet access is still flawed in many parts of Canada. The digital issue is becoming more and more important. We need to look at it holistically. There is an issue of access in particularly remote areas, the territories and elsewhere. It is an important issue for health and for all of society.

Senator Mockler: Obviously, the work you are doing is very important. We have to walk the talk, as we say back home. I would like to hear from you, Ms. Desaulniers and Mr. Désilets, about the provision of services outside our hospitals, what we call private service, a new concept that is developing in New Brunswick. We have a typical example of what is happening there.

I would also like to hear your views on another aspect relevant to the development of our French-speaking communities, namely the improvement and strengthening of Société Santé en français through daycare centres. I would like to hear what you have to say about this daycare component and Bill C-35. As currently drafted, the linguistic minority is completely absent from the wording of the government's bill. Several organizations, including the Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada (FCFA) and the Commission nationale des parents francophones (CNPF), are concerned about this absence, and rightly so. Do you share their concerns, and what would be the consequences for the future of official language minority communities if the bill is not amended?

Mr. Désilets: I will answer the question on early childhood and child care. You have put your finger on a current issue. I spoke earlier about a health promotion program aimed at creating healthy lifestyles. It's specifically aimed at early childhood and it's already linked to child care centres. It is very successful and there is a lot of interest from the Public Health Agency. The

Vous avez absolument raison de dire que c'est une piste de solution, mais il faut une planification rigoureuse et il faut de l'argent. On a parlé plus tôt des 117 millions de dollars pour la formation, mais si on ne met pas des incitatifs pour mieux aligner les ressources francophones aux besoins francophones, on va continuer de fournir le même type d'appui, qui ne va pas assez loin pour donner un accès à votre mère, votre père, aux enfants...

La sénatrice Gagné : L'une des choses que je remarque, c'est qu'il y a des professionnels de la santé qui trouvent cela plus alléchant d'aller travailler au privé, parce que sur le plan salarial, c'est un peu plus compétitif et ils ne sont pas obligés de se déplacer. Tous les avantages d'un tel environnement n'éliminent pas l'importance d'avoir des services sur place. Comme vous dites, je vois un changement de paradigme.

Le président : Si je peux ajouter quelque chose dans ce contexte, les études nous montrent que l'accès à Internet est encore défectueux dans de nombreuses régions au Canada. La question du numérique prend de plus en plus de place. Il faut l'examiner de façon holistique. Il y a une question d'accès dans les régions particulièrement éloignées, les territoires et ailleurs. C'est un sujet d'importance pour la santé et pour toute la société.

Le sénateur Mockler : Il est évident que le travail que vous faites est très important. Il faut que les bottines suivent les babines, comme on dit chez nous. J'aimerais vous entendre, madame Desaulniers et monsieur Désilets, sur l'offre de services à l'extérieur de nos hôpitaux, ce qu'on appelle le service privé, un nouveau concept qui se développe au Nouveau-Brunswick. Nous avons un exemple typique de ce qui se passe chez nous.

J'aimerais également vous entendre sur un autre volet pertinent pour le développement de nos communautés en français, à savoir l'amélioration et le renforcement de Société Santé en français avec les garderies. J'aimerais vous entendre sur ce volet garderie et le projet de loi C-35. Tel qu'il est rédigé à l'heure actuelle, la minorité linguistique est complètement absente du libellé du projet de loi du gouvernement. Plusieurs organismes, dont la Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada (FCFA) et la Commission nationale des parents francophones (CNPF), sont inquiets d'une telle absence, et ils ont raison de l'être. Partagez-vous leurs inquiétudes, et quelles seraient les conséquences pour l'avenir des communautés de langue officielle en situation minoritaire si le projet de loi n'est pas modifié?

M. Désilets : Je vais répondre à la question sur la petite enfance et les garderies. Vous avez bien mis le doigt sur un enjeu actuel. J'ai parlé plus tôt d'un programme en promotion de la santé visant à créer des habitudes de vie saines. Ce programme vise spécifiquement la petite enfance et il est déjà jumelé à des garderies. Il a beaucoup de succès et il y a un grand intérêt

agency would like to make it permanent, rather than a one-time program that is renewed at the end, because it has seen what it can accomplish in the field.

Do I share that concern? Yes, I do. As francophone communities, we have specific issues that need to be named in the various legislative frameworks. I spoke about this earlier. In fact, the CNPF is a partner of the Société Santé en français. Its members are supporting us in our various approaches to bilateral agreements at this time, because it has seen for itself the lack of strong provisions for francophone communities in early childhood transfers. They want to learn from their own experience to ensure better health outcomes.

Do I share this concern? Yes, but I am less familiar with the details of Bill C-35, so I will stop there. As for privatization and its impacts, I'll turn to my provincial and territorial colleagues, who have knowledge of the field.

The Chair: Thank you. Does anyone want to answer that question?

No? If not, that means the question remains, senator.

Mr. Désilets: I will get back to you with an answer.

The Chair: Mr. Désilets is committed to coming back with an answer, senator.

Senator Loffreda: We have talked about a lack of resources for health care professionals across the country. That is a reality that we are experiencing, unfortunately. In terms of finding solutions, what do you propose to do to improve foreign credential recognition and facilitate the mobility of health care workers across the country? Ontario is already doing this. What are the challenges that remain? Would this address the current gaps and provide more services in our language of choice across Canada?

Mr. Désilets: Thank you for the question. There are major immigration objectives in Canada. This is necessary, both for the majority population and for francophones. I talked about the recognition of diplomas, which is lacking. If we bring in more francophone immigrants, people have the professional capacity, but we must increase French-language health services. The more immigration there is, the more we need to ensure that the services follow to ensure that we integrate these people in the right way.

de la part de l'Agence de la santé publique. Cette dernière voudrait le pérenniser, plutôt que ce soit un programme ponctuel d'une certaine durée qui est renouvelé à la fin du programme, car elle a vu ce que cela permet d'accomplir sur le terrain.

Est-ce que je partage cette inquiétude? Oui, tout à fait. En tant que communautés francophones, nous avons des enjeux spécifiques qui doivent être nommés dans les différents cadres législatifs. J'en ai parlé un peu plus tôt. D'ailleurs, la CNPF est une partenaire de la Société Santé en français. Ses membres nous appuient dans nos différentes démarches sur le plan des accords bilatéraux à l'heure actuelle, car elle a constaté elle-même, dans les transferts en petite enfance, l'absence de dispositions fortes pour les communautés francophones. Ils veulent apprendre un peu de leur propre expérience pour assurer qu'on obtienne de meilleurs résultats en santé.

Est-ce que je partage cette inquiétude? Oui. Cependant, je connais moins les détails du projet de loi C-35, donc je vais m'arrêter là. Quant à la privatisation et à ses impacts, je vais me tourner vers mes collègues des provinces et des territoires, qui ont une connaissance du terrain.

Le président : Merci. Est-ce que quelqu'un veut répondre à cette question?

Ça va? Sinon, cela veut dire que la question reste entière, sénateur.

M. Désilets : Je vous reviendrai avec une réponse.

Le président : M. Désilets s'engage à revenir avec une réponse, sénateur.

Le sénateur Loffreda : Nous avons parlé d'un manque de ressources en professionnels de la santé partout au pays. C'est une réalité que nous vivons, malheureusement. Sur le plan de la recherche de solutions, que proposez-vous pour améliorer la reconnaissance de titres de compétences étrangers et faciliter la mobilité des travailleurs de la santé au pays? L'Ontario le fait déjà. Quels sont les défis qu'il reste à relever? Est-ce que cela permettrait de remédier aux lacunes actuelles et d'offrir plus de services dans la langue de notre choix partout au Canada?

M. Désilets : Merci pour la question. Il y a de grands objectifs d'immigration au Canada. C'est nécessaire, tant pour la population majoritaire que pour les francophones. J'ai parlé de la reconnaissance des diplômes, qui est défaillante. Si on fait venir plus d'immigrants francophones, les gens ont la capacité professionnelle, mais on doit augmenter les besoins pour les services en santé en français. Plus il y a de l'immigration, plus il faut s'assurer que les services suivent pour s'assurer qu'on intègre ces personnes de la bonne façon.

As for recognition and mobility, one of the avenues to be explored in many provinces, before talking about retraining programs and recognizing credentials, should be that you have to demonstrate the ability to speak English. People are brought into French-language programs. They settle in provinces where they are told that there is a francophone community, but that they will have to learn English. They will go to work in any field before they reach a sufficient level of English. The solution is not simple, because the requirements come from the professional orders as well as from the provinces and the federal government. A multi-stakeholder solution is needed. We need to find solutions to the recognition of credentials. This is not just an issue for francophone communities. The issue must involve all health care professionals. This imposes burdensome obstacles that I believe are unnecessary for francophone immigrants who want to engage in this process.

Senator Loffreda: Thank you.

Senator Gagné: I have a follow-up question. Are you participating in the round table with the professional orders to start discussing these issues with a view to eliminating the barriers to interprovincial migration?

Mr. Désilets: The Société Santé en français is very active in francophone immigration strategy. At the government level, there is a lot of appetite for the programs that fund francophone immigration from IRCC, but not for all-language forums.

Senator Gagné: I know there is a table that was set up by the minister with the provinces and territories. I do not remember if there are other community members around the table, but that may be something to watch.

Mr. Désilets: We are not represented there, but we would be interested.

Senator Gagné: Thank you.

Senator Mockler: We look at what is happening across the country, we set targets and we share best practices. There are 16 units within Société Santé en français. Which is the most avant-garde and modern one?

Mr. Désilets: You don't want me to make friends. They are all equally avant-garde. In Ontario and New Brunswick, there are stronger legislative frameworks, a larger population and more capacity. In areas where there is a lot of success, there are significant challenges. In the Acadian Peninsula, there are many services in French, but when you go outside the Saint John or Fredericton area, they are hard to find. Even in the only bilingual

Pour ce qui est de la reconnaissance et de la mobilité, l'une des pistes à explorer dans beaucoup de provinces, avant de parler des programmes pour se reformer et de reconnaissance des diplômes, c'est qu'il faudrait démontrer la capacité de parler anglais. On fait venir des gens dans des programmes francophones. Ils s'établissent dans des provinces où on leur affirme qu'il existe une communauté francophone, mais qu'ils devront apprendre l'anglais. Ils vont aller travailler dans n'importe quel domaine avant d'atteindre un niveau d'anglais suffisant. La solution n'est pas simple, car les exigences viennent autant des ordres professionnels que des provinces et du gouvernement fédéral. Il faut une solution multipartite. Il faut trouver des solutions à la reconnaissance des diplômes. Cet enjeu ne touche pas que les communautés francophones. L'enjeu doit solliciter l'ensemble des gens en santé. C'est défavorable d'imposer des embûches que je juge inutiles pour les immigrants francophones qui veulent s'engager dans ce processus.

Le sénateur Loffreda : Merci.

La sénatrice Gagné : J'ai une question complémentaire. Est-ce que vous participez à la table ronde avec les ordres professionnels pour commencer à discuter de ces questions dans le but d'éliminer les barrières à la migration interprovinciale?

M. Désilets : La Société Santé en français est très active en stratégie d'immigration francophone. À l'échelle gouvernementale, il y a beaucoup d'appétit pour les programmes qui nous financent en immigration francophone de la part d'IRCC, mais pas pour des forums toutes langues confondues.

La sénatrice Gagné : Je sais qu'il y a une table qui a été mise sur pied par le ministre avec les provinces et les territoires. Je ne me souviens plus s'il y a d'autres membres des communautés qui se trouvent autour de la table, mais c'est peut-être à surveiller.

M. Désilets : Nous n'y sommes pas, mais cela nous intéresserait.

La sénatrice Gagné : Merci.

Le sénateur Mockler : On regarde ce qui se passe au pays, on établit des cibles et on partage les meilleures pratiques. Il y a 16 unités au sein de Société Santé en français. Qui est le plus avant-gardiste et le plus moderne?

M. Désilets : Vous ne voulez pas que je me fasse des amis. Ils sont tous également avant-gardistes. En Ontario et au Nouveau-Brunswick, il y a des cadres législatifs plus forts, une plus grande population et plus de capacité. Dans les régions où il y a beaucoup de succès, il y a des défis importants. Dans la péninsule acadienne, il y a beaucoup de services en français, mais quand on sort de la région de Saint-Jean ou de Fredericton,

province in Canada, there are still challenges in terms of access. The networks each have their own organizations. They are representatives of the francophone community. The strength of our approach is to adapt the major national strategies to the specific reality of each province or territory.

The Chair: As you just said, Mr. Désilets, Société Santé en français is a network of networks. That's how the actions get to the field. You talked a lot about the accessibility of services, the lack of human resources and the lack of awareness of the services offered. I would like to know if there are specific issues around service delivery for vulnerable communities. You mentioned seniors. There are Indigenous people, immigrants. I'm thinking of the LGBTQ+ communities. Are there any particular issues or lack of resources that you have identified for these communities on the ground in the delivery of services?

Ms. Baudemont: I would say that, in relation to the LGBTQ+ communities, there is perhaps a greater awareness today. I think of the Assemblée communautaire fransaskoise, which has a pride program. I think that, little by little, there are more and more things that are being proposed, like workshops and activities, especially at the community level.

We're seeing progress in that area. In terms of vulnerable clients, I think that seniors in our community are in the same situation as Mr. Roisiné described. We have an aging community and a lot of seniors who would like to stay in their homes and live there as long as possible. There is still a lot of work to be done when it comes to French-language services in these communities.

The Chair: Do I understand correctly that there are insufficient resources to deal with different categories of vulnerable communities?

Ms. Baudemont: The resources for French-language services are insufficient in general in all sectors, but particularly for the more at-risk clientele, certainly.

Mr. Désilets: The francophonie in Canada is evolving. One of the challenges is to recognize the intersectionality in our different communities and to recognize the fact that we are francophone as something that brings us together, but which may not be the primary identity of each person. You have put your finger on a challenge. Obviously, in order to have adapted programs, we need more funding. There is an openness and a willingness in terms of addressing the challenges that have been mentioned.

ils sont difficiles à trouver. Même dans la seule province bilingue au Canada, on a encore des défis en matière d'accès. Les réseaux ont chacun leurs propres organismes. Ce sont des représentants de la communauté francophone. La force de notre approche est d'adapter les grandes stratégies nationales à la réalité propre de chaque province ou territoire.

Le président : Comme vous venez de le dire, monsieur Désilets, Société Santé en français est un réseau de réseaux. C'est comme ça que les actions se rendent sur le terrain. Vous avez beaucoup parlé de l'accessibilité des services, du manque de ressources humaines et de méconnaissance de l'offre de services. J'aimerais savoir s'il y a des enjeux particuliers sur la livraison de services pour les communautés vulnérables. Vous avez parlé des aînés. Il y a les Autochtones, les immigrants. Je songe notamment aux communautés LGBTQ+. Est-ce qu'il y a des enjeux particuliers ou un manque de ressources que vous avez identifiés pour ces communautés sur le terrain dans la livraison des services?

Mme Baudemont : Je dirais que, par rapport aux communautés LGBTQ+, il y a peut-être une plus grande prise de conscience aujourd'hui. Je pense à l'Assemblée communautaire fransaskoise, qui a mis en place un programme de la fierté. Je pense que, peu à peu, il y a de plus en plus de choses qui sont proposées, comme des ateliers et des activités, surtout à l'échelle communautaire.

On voit des progressions à ce niveau. Pour ce qui est des clientèles vulnérables, je pense que les aînés chez nous sont dans la même situation que celle qu'a décrite M. Roisiné. On a une communauté vieillissante et beaucoup d'aînés qui aimeraient rester chez eux et vivre à la maison le plus longtemps possible. Il y a encore beaucoup de travail à faire lorsqu'il est question de services en français dans ces communautés.

Le président : Est-ce que je comprends bien que les ressources sont insuffisantes pour traiter différentes catégories de communautés vulnérables?

Mme Baudemont : Les ressources pour les services en français sont insuffisantes en général dans tous les secteurs, mais particulièrement pour les clientèles plus à risque, certainement.

Mr. Désilets : La francophonie au Canada est en évolution. L'un des défis est de reconnaître l'intersectionnalité dans nos différentes communautés et de reconnaître le fait francophone comme quelque chose qui nous rassemble, mais qui n'est peut-être pas la première identité de chaque personne. Vous avez mis le doigt sur un défi. Évidemment, pour avoir des programmes adaptés, il faut plus de financement. Il y a une ouverture d'esprit et une volonté pour ce qui est de relever les défis qui ont été mentionnés.

The Chair: I'd like to pick up on the comments of my colleagues to thank you for the work that you do on the ground and the fundamental role that you play for francophone communities across the country. It's a job that is not well known or appreciated. I thank you for your contribution to our society, and also for your participation in the study we are conducting on minority language health services. It will certainly help us in the development of a report that will be useful to all, including the federal government.

(The committee adjourned.)

Le président : J'aimerais reprendre les commentaires de mes collègues pour vous remercier du travail que vous faites sur le terrain et du rôle fondamental que vous jouez pour les communautés francophones partout au pays. C'est un travail méconnu et mal connu. Je vous remercie de votre contribution à notre société, et aussi de votre participation à l'étude que nous menons sur les services de santé dans la langue de la minorité. Cela nous aidera certainement dans l'élaboration d'un rapport qui sera utile pour tous, y compris le gouvernement fédéral.

(La séance est levée.)
