

**EVIDENCE**

OTTAWA, Monday, April 29, 2024

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

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

[*Translation*]

**The Chair:** Good evening, dear colleagues. I am René Cormier, a senator from New Brunswick and chair of the Standing Senate Committee on Official Languages.

Before we begin our discussion, I would like to remind all senators and other in-person meeting participants of the following important preventative measures: To prevent disruptive — and potentially harmful — audio feedback incidents during our meeting that could cause injuries, we remind all participants to keep their earpieces away from all microphones at all times.

As indicated in the communiqué from the Senate Speaker to all senators on Monday, April 29, the following measures have been taken to help prevent audio feedback incidents: All earpieces have been replaced by a model which greatly reduces the probability of audio feedback. The new earpieces are black in colour, whereas the former earpieces were grey. Please only use the approved black earpieces. By default, all unused earpieces will be unplugged at the start of a meeting. When you are not using your earpiece, please place it face down on the middle of the round sticker on the table, as you see on the image.

Ladies and gentlemen of the witness panel and dear colleagues, you have cards on your table to consult guidelines on preventing audio feedback incidents.

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

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

Thank you all for your co-operation.

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

**Senator Moncion:** Good evening. Lucie Moncion, Ontario.

**TÉMOIGNAGES**

OTTAWA, le lundi 29 avril 2024

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

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

[*Français*]

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

Avant que nous commençons nos discussions, je voudrais rappeler à tous les sénateurs et aux autres participants à la réunion qui sont présents dans la salle les mesures préventives importantes suivantes : pour prévenir les incidents acoustiques perturbateurs — et potentiellement dangereux — susceptibles de causer des blessures, je rappelle à tous les participants de garder leur oreille éloignée de tous les microphones à tout moment.

Comme l'indique le communiqué de la Présidente du Sénat qui a été envoyé à tous les sénateurs le lundi 29 avril, les mesures suivantes ont été prises pour aider à prévenir les incidents acoustiques : toutes les oreillettes ont été remplacées par un modèle qui réduit considérablement la probabilité d'un incident acoustique. Les nouvelles oreillettes sont noires, alors que les anciennes étaient grises. Veuillez utiliser uniquement une oreille noire approuvée. Par défaut, toutes les oreillettes inutilisées au début d'une réunion seront débranchées. Lorsque votre oreille n'est pas utilisée, veuillez la placer face vers le bas, au milieu de l'autocollant sur la table, comme l'indique l'image.

Mesdames et messieurs les témoins et chers collègues, vous avez sur votre table des cartes pour connaître les lignes directrices sur la prévention des incidents acoustiques.

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

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

Merci à tous de votre coopération.

J'inviterais maintenant les membres du comité présents aujourd'hui à se présenter, en commençant par ma gauche.

**La sénatrice Moncion :** Bonsoir. Lucie Moncion, de l'Ontario.

**Senator Aucoin:** Good evening. Réjean Aucoin, Nova Scotia.

**Senator Mégie:** Marie-Françoise Mégie, Quebec.

**The Chair:** I welcome all of you, dear colleagues, as well as viewers across the country who may be watching. I would like to point out that we are taking part in this meeting on the unceded traditional territory of the Algonquin Anishinabe nation.

Tonight, we continue our study of minority-language health services by welcoming researchers and organizations able to address the theme of health care professionals and postsecondary institutions, one of the seven themes of our study.

For our first panel, we welcome in person Danielle de Moissac, professor at the University of Saint-Boniface, and by video conference, Suzanne Harrison, director at the University of Moncton School of Nursing. Welcome to our meeting, Ms. Harrison.

Good evening to both of you and thank you for accepting our invitation. We are now ready to hear your opening remarks. They will be followed by questions from the senators. The floor is yours, Ms. de Moissac.

**Danielle de Moissac, Professor, Saint-Boniface University:** Thank you for giving me the opportunity to highlight research on the shortage of health professionals able to offer health services in the minority language in official language minority communities (OLMCs) and on these professionals' linguistic capacity. My name is Danielle de Moissac. I'm a professor at Saint-Boniface University and for the past 20 years, I've conducted research on French-language services for francophones outside Quebec. As I'm more familiar with these populations, my comments will focus on them.

The issue of lacking professionals able to offer services in French recurs in scientific literature describing user experience. They report a lack of services in French. Is this lack entirely attributable to a shortage of bilingual professionals? Not necessarily, according to many bilingual professionals with whom I had the privilege of discussing the matter in the course of my research.

Two major findings are clear. First, professionals who speak both official languages do not declare their bilingualism for a number of reasons. For some, bilingualism means extra work, personal and legal risk, a feeling of linguistic insecurity, feeling isolated, a lack of needed tools and support to make an active offer and barriers to career advancement. Despite a sense of pride and commitment to their francophonie, bilingual professionals consider offering services in French to be a burden.

**Le sénateur Aucoin :** Bonsoir. Réjean Aucoin, de la Nouvelle-Écosse.

**La sénatrice Mégie :** Marie-Françoise Mégie, du 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 nous nous réunissons sur le territoire traditionnel non cédé du peuple algonquin anishinabe.

Ce soir, nous poursuivons notre étude sur les services de santé dans la langue de la minorité en recevant des chercheurs et des organismes en mesure de traiter du thème des professionnels de la santé et des établissements postsecondaires, l'un des sept thèmes de notre étude.

Pour notre premier groupe, nous accueillons en présentiel Danielle de Moissac, professeure titulaire à l'Université de Saint-Boniface, et par vidéoconférence Suzanne Harrison, directrice de l'École réseau de science infirmière de l'Université de Moncton. Bienvenue parmi nous, madame Harrison.

Bonsoir à vous deux et merci d'avoir accepté notre invitation. Nous sommes prêts à entendre vos remarques préliminaires. Elles seront suivies d'une période de questions des sénateurs et sénatrices. La parole est à vous, madame de Moissac.

**Danielle de Moissac, professeure titulaire, Université de Saint-Boniface :** Merci de me donner l'occasion de faire valoir les recherches portant sur la pénurie de professionnels de la santé en mesure d'offrir des services de santé dans la langue de la minorité dans les communautés de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM) et sur la capacité linguistique de ces professionnels. Je suis Danielle de Moissac. Je suis professeure à l'Université de Saint-Boniface et je mène depuis environ 20 ans des recherches notamment sur les services en français pour les francophones hors Québec. Comme je connais mieux ces populations, mes propos porteront sur eux.

La question de la pénurie de professionnels en mesure d'offrir des services en français revient dans la littérature scientifique décrivant l'expérience des usagers. Ces derniers rapportent une absence de services en français. Cette absence est-elle entièrement attribuable à une pénurie de professionnels bilingues? Pas nécessairement, selon plusieurs professionnels bilingues avec qui j'ai eu le privilège d'en discuter dans le cadre de mes recherches.

Deux grands constats s'imposent. Premièrement, les professionnels qui parlent les deux langues officielles ne déclarent pas leur bilinguisme, et ce, pour plusieurs raisons. Le bilinguisme représente pour certains une surcharge de travail, une mise à risque sur le plan personnel et juridique, un sentiment d'insécurité linguistique, un sentiment d'isolement, un besoin d'outils et de soutien nécessaires pour faire de l'offre active et des barrières vis-à-vis de la possibilité d'avancement professionnel. Malgré une fierté et un engagement vis-à-vis de sa

Second major finding: Bilingual professionals are not known by the general public, the staff of a facility or its managers. Since the number of bilingual professionals on staff is unknown, this makes it difficult to create networks for them and offer support. Few health care systems and professional associations systematically collect the languages spoken by their employees or members. It's therefore very difficult to measure the proportion of bilingual professionals other than those in designated bilingual positions. What's more, these designated bilingual positions do not exist in all Canadian provinces and territories and are relevant only to public services.

To address the shortage of bilingual professionals, three categories of people should be targeted. First, for those born in Canada who are naturally bilingual, priority should be granted to promoting health professions from a young age, as well as recruitment into French-language professional training and employment opportunities in OLMCs. For bilingual individuals from French immersion programs, supporting their linguistic security is a must. French-speaking health care professionals from Quebec and abroad need support in the form of coaching and financial assistance throughout the entire process of prior learning assessment, recertification and integration into a predominantly English-speaking workplace. This necessarily includes learning English. The process must be simple, transparent and fast, and include a transition program to facilitate integration into the workplace.

What can the federal government do? Four things. First, financially support professional training of bilingual people in the health sector through scholarships. Second, offer a bilingualism bonus to recognize the extra work and risks incurred by bilingual professionals. Third, increase funding offered to the Consortium national de formation en santé and to the 16 networks of the Société Santé en français. They have already contributed significantly to French-language professional training, supporting bilingual professionals and networking.

They know the communities and have good partners. They need additional funding to meet new needs, which include raising the profile of health professions among young people; setting up professional training programs, specifically in mental health and gerontology to better respond to the needs of OLMC francophone populations; targeting bilingual students for recruitment into these training programs; supporting international professionals, specifically with language training and professional integration; and researching new strategies to

francophonie, un professionnel bilingue perçoit l'offre de service en français comme un fardeau.

Deuxième grand constat : les professionnels bilingues ne sont pas connus, ni par le grand public, ni par le personnel d'un établissement, ni par ses gestionnaires. Puisqu'on ne connaît pas l'effectif de professionnels bilingues, il est difficile de créer des réseaux pour eux et de les appuyer. Peu de systèmes de santé et d'ordres professionnels collectent systématiquement les langues parlées par leurs employés ou leurs membres. Il est donc très difficile de mesurer la proportion de professionnels bilingues autres que ceux qui occupent des postes désignés bilingues. Par ailleurs, ces postes désignés bilingues n'existent pas dans tous les provinces et territoires au pays et ne concernent que les services publics.

Pour régler les problèmes liés à la pénurie de professionnels bilingues, trois catégories de personnes devraient être ciblées. D'abord, pour les personnes nées au Canada, qui sont naturellement bilingues, une valorisation des professions en santé dès un jeune âge et le recrutement vers des formations professionnelles en français et des possibilités d'emploi dans les CLOSM doivent être prioritaires. Pour les personnes bilingues provenant des programmes d'immersion française, un soutien en lien avec leur sécurité linguistique est nécessaire. Pour les professionnels de la santé francophones issus du Québec et de l'international, un soutien, sous forme d'accompagnement et d'appui financier, est nécessaire tout au long du processus de reconnaissance des acquis, de recertification et d'intégration au milieu de travail dans un environnement majoritairement anglophone. Cela inclut nécessairement l'apprentissage de l'anglais. Ce processus doit être simple, transparent, rapide et inclure un programme de transition pour faciliter l'intégration dans un milieu de travail.

Que peut faire le gouvernement fédéral? Quatre choses. D'abord, soutenir financièrement la formation professionnelle dans le domaine de la santé des personnes bilingues par le biais de bourses d'études. Deuxièmement, offrir une prime de bilinguisme pour reconnaître la surcharge de travail et les risques encourus par les professionnels bilingues. Troisièmement, rehausser le financement offert au Consortium national de formation en santé et aux 16 réseaux de la Société Santé en français, qui ont déjà beaucoup travaillé à la formation professionnelle en français, à l'appui aux professionnels bilingues et au réseautage.

Ils connaissent les milieux et ont de bons partenaires. Ils ont besoin de financement supplémentaire pour répondre aux nouveaux besoins, qui sont d'abord la valorisation des professions en matière de santé auprès des jeunes; la mise sur pied de programmes de formation professionnelle, notamment en santé mentale et en gérontologie, pour mieux répondre aux besoins de la population francophone des CLOSM; le recrutement ciblé d'étudiants bilingues dans ces programmes de formation; le soutien aux professionnels issus de l'international,

determine if they can address the shortage of bilingual professionals.

The fourth and final point involves more support for the Canadian Health Workforce Network and the Canadian Institute for Health Information to develop and maintain data collection and analysis infrastructure on human resources in health, taking into account the linguistic variable for health professionals. This would make it possible to plan capacity and resource allocation for official language resources in OLMCs.

Thank you for your attention.

**The Chair:** Thank you very much for your testimony, Ms. de Moissac.

Ms. Harrison, you have the floor. You also have five minutes for your statement.

**Suzanne Harrison, Director, School of Nursing, University of Moncton:** Thank you very much, honourable senators. My presentation is entitled “Identification des morceaux du casse-tête nécessaires pour la livraison des services de santé en français dans la province du Nouveau-Brunswick malgré un temps de pénurie hors pair.”

You've probably all done puzzles before. You start by carefully examining the picture on the box, taking the pieces out and sorting them by colour. But what do you do if there is no picture, if the pieces aren't the same size or if some of them are missing? How do you start? How do you ask for help? Do we all end up with a clear vision of what to build? Let's do a brief overview of what I think are the big pieces of this puzzle.

Linda Silas, Director of the Canadian Federation of Nurses Unions, stated that nurses hold our health care system together thanks to their courage, their determination and a shocking amount of overtime. They propose to legislate the amount of overtime hours, as pilots do, and improve the workplace by establishing a better nurse to patient ratio, rather than putting band-aids on deep wounds, which is what happens when we fall back on travel nurses or overtime. Finally, she recommends that the federal government be encouraged to offer more money to the provinces.

Moncton University and the Nursing Network School agree with Vice-Dean Cormier in saying that stable and predictable nursing program funding is a must, rather than relying on special programs. The Vice-Dean and Vice-Chancellor Prud'homme were both correct in telling you that it's necessary to accelerate

notamment la formation linguistique et l'intégration professionnelle; la recherche visant à évaluer toute nouvelle stratégie qui répond à la pénurie de professionnels bilingues.

Le quatrième et dernier point consiste à appuyer davantage le Réseau canadien des personnels de santé et l'Institut canadien d'information sur la santé pour qu'ils développent et maintiennent une infrastructure de collecte et d'analyse de données sur les ressources humaines en santé, en tenant compte de la variable linguistique des professionnels de la santé. De cette façon, la planification de la capacité et l'allocation des ressources pour les services dans les langues officielles dans les CLOSM seraient possibles.

Merci de votre attention.

**Le président :** Merci beaucoup de votre témoignage, madame de Moissac.

Madame Harrison, la parole est à vous. Vous disposez également d'environ cinq minutes pour votre allocution.

**Suzanne Harrison, directrice, École réseau de science infirmière, Université de Moncton :** Merci beaucoup, honorables sénateurs et sénatrices. Ma présentation s'intitule « Identification des morceaux du casse-tête nécessaires pour la livraison des services de santé en français dans la province du Nouveau-Brunswick malgré un temps de pénurie hors pair ».

Vous avez probablement tous et toutes déjà fait des casse-tête. On commence en examinant attentivement la photo sur la boîte, on sort les pièces et on les trie selon les couleurs. Mais que faire si on n'a pas de photo, si les morceaux ne sont pas de la même taille ou s'il manque des pièces? Comment commence-t-on? Comment demander de l'aide? Arriverons-nous à une vision claire de ce qui est à construire? Regardons brièvement ce que je considère être les gros morceaux de ce casse-tête.

Linda Silas, directrice de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers, affirme que ce sont les infirmières et infirmiers qui maintiennent la cohésion de notre système de santé, grâce à leur courage, à leur détermination et à cause d'un nombre choquant d'heures supplémentaires. Elle propose de légiférer par rapport au nombre d'heures supplémentaires, comme on le fait chez les pilotes, et d'améliorer l'environnement de travail en ayant un meilleur ratio patients/infirmière, plutôt que de mettre des pansements sur une plaie béante, comme on le fait en ayant recours à des infirmières de voyage ou aux heures supplémentaires. Finalement, elle recommande d'inciter le gouvernement fédéral à offrir plus d'argent aux provinces.

L'Université de Moncton et l'École réseau de science infirmière (ÉRSI) sont d'accord avec le vice-recteur Cormier pour dire que le financement des programmes de science infirmière doit être stable et prévisible, plutôt que de recourir à des programmes spéciaux. Le vice-recteur et le vice-chancelier

recognition of foreign professionals' credentials and consider eliminating the registration exam for accredited programs.

The University of New Brunswick offers a nursing degree with a double degree in collaboration with Manipal, in India. The Network School, along with the University, is starting to look into the possibility of a similar collaboration with Morocco.

The Société santé et mieux-être en français du Nouveau-Brunswick (SSMEFN) is a national role model because of its innovative projects. It offers some puzzle pieces, such as developing points of access, actively offering health and wellness services, active citizen and community participation, and the language variable.

As one of the first members of the Groupe d'infirmières et infirmiers francophones du Nouveau-Brunswick (GIIFNB) in 2020, in light of the disastrous NCLEX exam results, I can tell you that I am a fervent advocate of GIIFNB's mandate. It fosters francophone nurses' growth and is also committed to representing their professional interests and those of the public. Specifically, it defends the right to a correctly translated practice examination, with enough French-language preparatory materials that reflect Canadian nursing practice.

The Canadian Association of Schools of Nursing's annual report on training for nurses reveals a continuing upward trend in the number of admissions to the degree program, in spite of a staff shortage in care sectors and training programs. Offering high quality training, rather than producing nurses as quickly as possible, is also encouraged.

The Canadian Nurses Association has a new initiative entitled "Take action and help fix Canada's health care crisis: Canada's health care system is failing Canadians." The initiative presents seven key facts, which I do not have time to describe in detail. However, one of its recommendations is to ensure that all levels of government strengthen and invest in Canada's nursing workforce.

In 2023, academic experts Bauman and Crea-Arsenio stated that the pandemic accelerated demand for health services and increased their complexity due to the high number of sick days, cases of professional burnout and retirements. The article includes several pieces of the puzzle, such as establishing a stable and permanent workforce rather than relying on temporary solutions such as employment agencies; monitoring the reliance on unregulated workers, such as personal support

Prud'homme avaient également raison lorsqu'ils vous ont dit qu'il fallait accélérer la reconnaissance des compétences des professionnels provenant de l'étranger et songer à l'élimination de l'examen d'immatriculation pour les programmes accrédités.

L'Université du Nouveau-Brunswick offre un baccalauréat en nursing avec double diplomation en collaboration avec Manipal, en Inde. L'École réseau de science infirmière, avec l'université, commence à explorer la possibilité d'une collaboration semblable avec le Maroc.

La Société santé et mieux-être en français du Nouveau-Brunswick (SSMEFN) est un modèle de rôle national en raison de ses projets novateurs. Voici certaines pièces du casse-tête qu'elle propose : le développement de points d'accès, l'offre active de services de santé et de mieux-être, la participation citoyenne et communautaire active et la variable linguistique.

Ayant été l'un des premiers membres du Groupe d'infirmières et infirmiers francophones du Nouveau-Brunswick (GIIFNB) en 2020, à la lumière des résultats désastreux de l'examen NCLEX, je peux vous dire que je suis une fervente défenderesse du mandat du GIIFNB, qui favorise l'épanouissement des infirmières et des infirmiers francophones et qui a aussi pour objectif de représenter leurs intérêts professionnels et ceux du public, notamment en défendant le droit à un examen de pratique bien traduit, avec du matériel préparatoire suffisant en français et reflétant la pratique infirmière canadienne.

Le rapport annuel de l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières sur la formation offerte aux infirmières dévoile des tendances continues à la hausse dans le nombre d'admissions au programme de baccalauréat, malgré une pénurie de personnel dans les milieux de soins et dans les programmes de formation. On encourage aussi la qualité de la formation plutôt que la rapidité avec laquelle on produit de nouvelles infirmières et de nouveaux infirmiers.

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada a une nouvelle initiative qui s'intitule « Agissez pour aider à lutter contre la crise des soins de santé au Canada : le système de santé du Canada ne répond plus aux besoins des Canadiens ». Cette initiative présente sept faits saillants, que le temps ne me permet pas de vous décrire en détail. Toutefois, une de ses recommandations est de faire en sorte que tous les ordres du gouvernement renforcent les effectifs infirmiers et investissent dans ceux-ci au Canada.

En 2023, les experts académiques Bauman et Crea-Arsenio ont indiqué que la pandémie a accéléré la demande pour les services de santé et a augmenté la complexité de ces derniers en raison du nombre élevé de congés de maladie, de cas d'épuisement professionnel et de départs à la retraite. On suggère plusieurs morceaux du casse-tête dans cet article, comme d'établir une main-d'œuvre stable et permanente plutôt que de faire appel à des solutions temporaires comme les agences de placement; faire

workers; and securing funding to increase the number of seats and professorial succession.

Missing puzzle pieces appeared in a *Times and Transcript* article published in 2019. It describes the importance of improving the profession's image and adding specialized training to prevent the closure of rural care centres, such as emergency rooms, operating rooms and delivery rooms. I think there are enough pieces there to put the puzzle together and face the situation head-on to ensure safe health care delivery. Due to time constraints, I can tell you about the other missing pieces during questions and answers.

Thank you very much.

**The Chair:** Thank you very much, Ms. Harrison, and thanks to both of you for keeping to your allotted time. I'm sure your testimony will lead to many questions from my colleagues.

**Senator Moncion:** Thank you very much, ladies, for your testimony and thank you for being here with us this evening.

My first question is for Ms. de Moissac. Last week, during my flight between Ottawa and Montréal, I found myself next to a lady who represents Canadian doctors, I think. We were actually talking about problems in Canada's health system and training offered to doctors from abroad. In your province of Manitoba, I think there's a one-year accelerated program to requalify people from abroad. Are you aware of the existence of such a program?

**Ms. de Moissac:** I've heard about it, but evidently, it's only offered in English.

**Senator Moncion:** Based on what I was told, it seems that it has been very successful, given the increased demand for this type of program. This person also told me that those who qualify for the program in Manitoba agree to continue practising in Manitoba's health system.

You told me that the program is offered only in English. Couldn't Saint-Boniface University consider creating such a program to facilitate requalification? Currently, I think the program is intended only for doctors. However, has anyone considered going in this direction to offer it on Saint-Boniface's francophone side, for example?

**Ms. de Moissac:** As far as I know, it hasn't been considered, and that's for several reasons. First of all, medical training isn't offered at Saint-Boniface University. One has to go to the

attention à la dépendance aux travailleurs non réglementés, comme les aides aux soins personnels; assurer le financement pour augmenter le nombre de sièges et la relève professorale.

Les morceaux manquants du casse-tête apparaissent dans un article publié en 2019 dans *Times and Transcript*, où l'on mentionne l'importance d'améliorer l'image de la profession et l'ajout de formation spécialisée pour prévenir la fermeture de centres de soins en milieux ruraux, comme des services d'urgence, des salles d'opération et des salles d'accouchement. À mon avis, il y a là suffisamment de morceaux pour compléter le casse-tête et faire face à la situation afin d'assurer la livraison de soins de santé sécuritaires. Faute de temps, je pourrai vous faire part des autres morceaux manquants pendant la période des questions.

Merci beaucoup.

**Le président :** Merci beaucoup, madame Harrison, et merci à vous deux d'avoir respecté le temps qui vous était alloué. Je suis sûr que vos témoignages susciteront plusieurs questions de la part de mes collègues.

**La sénatrice Moncion :** Merci beaucoup, mesdames, de vos présentations et merci d'être avec nous ce soir.

Ma première question s'adresse à Mme de Moissac. La semaine dernière, pendant mon vol entre Ottawa et Montréal, je me trouvais à côté d'une dame qui représente les médecins du Canada, je crois. On parlait justement des problèmes qui existent dans le système de santé au Canada et de la formation offerte aux médecins qui arrivent de l'étranger. Dans votre province du Manitoba, je crois savoir qu'il existe un programme accéléré d'un an pour requalifier les personnes qui arrivent de l'étranger. Êtes-vous au courant de l'existence d'un tel programme?

**Mme de Moissac :** J'en ai entendu parler, mais il n'est évidemment offert qu'en anglais.

**La sénatrice Moncion :** Selon ce qu'on me disait, il semble que ce programme ait connu un succès important, étant donné la demande accrue pour ce genre de programme. La personne me disait également que ceux et celles qui se qualifient pour ce programme au Manitoba acceptent de poursuivre leur pratique dans le système de santé du Manitoba.

Vous m'avez dit que le programme n'était offert qu'en anglais. L'Université de Saint-Boniface ne pourrait-elle pas considérer de créer un tel programme qui assurerait la requalification? Pour l'instant, je crois que le programme ne s'adresse qu'aux médecins. Toutefois, a-t-on déjà pensé aller dans cette direction pour l'offrir à Saint-Boniface du côté francophone, par exemple?

**Mme de Moissac :** À ce que je sache, on n'y a pas pensé, et ce, pour plusieurs raisons. D'abord, la formation médicale n'est pas offerte à l'Université Saint-Boniface. Il faut aller à

University of Manitoba to get it. Our young people who want French-language training go to Ottawa University. At Saint-Boniface University, available professional programs include nursing and social work. That means training would probably be limited to those two programs. Also, we don't have the staff available to launch a new program. However, the opportunity is there in both of those fields.

**Senator Moncion:** As far as nurses are concerned, you have a program specifically for them. That would be something to look into, because there are also situations where nurses come from other countries and they want to be able to work in Canada, but they have to redo their entire program. Not just one requalification year, but the entire program. So, many choose not to redo the program and go into other fields instead.

I understand that the resource issue is real and that there is a lack of professorial staff, which means the program can't be launched, but it would be a great solution.

**Ms. de Moissac:** It would indeed be a great solution.

**Senator Moncion:** Thank you. You talked about the bilingual staff shortage, but you also talked about bilingualism being associated with overwork. I find that interesting and I'd like to hear more from you about the extra workload associated with the fact that people have more work because they are bilingual.

**Ms. de Moissac:** They have more work than the rest. A nurse has six patients, her colleague has a patient who is francophone and needs care in French, so that nurse will help because that's their colleague. When it happens often, it becomes a problem because she already has her own workload and has to take on care for one more patient. It's a type of overwork.

Another type of overwork would be, for example, conducting an interview with a francophone patient using an English-language form. Simultaneous translation is needed. They're not necessarily trained to do that. It takes time to word the questions in the right language, and then reformulate what the patient said into English and correctly document everything, so that everyone is aware of what happened.

There's a lot going on in that reply, but it takes a lot more time and energy and people aren't necessarily trained to do it. That's why professionals consider it overwork.

**Senator Moncion:** Thank you very much, that's very interesting. My next question is for Ms. Harrison.

l'Université du Manitoba pour l'obtenir. Nos jeunes qui veulent suivre une formation en français se rendent à l'Université d'Ottawa. À l'Université de Saint-Boniface, les programmes professionnels offerts sont en sciences infirmières et en travail social. La formation se limiterait donc probablement à ces deux programmes. Nous ne disposons pas non plus des effectifs pour lancer un nouveau programme. Toutefois, la possibilité existerait pour ces deux domaines.

**La sénatrice Moncion :** En ce qui a trait justement aux infirmières, vous avez un programme les concernant. Ce serait quelque chose à examiner, car il y a également des situations où il y a des infirmières qui arrivent d'autres pays et qui voudraient pouvoir travailler au Canada, mais on les oblige à refaire leur cours au complet — pas seulement un an de requalification, mais bien un cours au complet. Donc, plusieurs choisissent de ne pas refaire le cours et de se diriger plutôt vers d'autres domaines.

Je comprends que la question des ressources existe et que les effectifs professoraux manquent à l'appel, ce qui fait que ce programme ne serait pas ouvert, mais ce serait une belle solution.

**Mme de Moissac :** Ce serait une belle solution, effectivement.

**La sénatrice Moncion :** Merci. Vous avez parlé de pénurie de professionnels bilingues, mais vous avez également parlé du bilinguisme comme étant associé à une surcharge de travail. Je trouve cela intéressant et j'aimerais vous entendre davantage sur la surcharge de travail qui est associée au fait que les gens ont plus de travail à cause de leur bilinguisme.

**Mme de Moissac :** Ils ont plus de travail que les autres. Une infirmière a six patients, sa collègue a un patient qui est francophone et qui aurait besoin de soins en français, donc cette infirmière va l'aider parce que c'est sa collègue. Quand cela arrive souvent, cela devient problématique, parce qu'elle a déjà sa propre charge de travail et qu'elle doit prendre en charge un patient de plus. C'est une forme de surcharge.

Une autre forme de surcharge serait, par exemple, qu'il y a un formulaire en anglais et qu'on passe une entrevue avec un patient francophone. Il faut faire la traduction simultanée; on n'est pas nécessairement formé pour faire cela, cela prend du temps de formuler les questions dans la bonne langue, puis de reformuler ce que le patient a dit en anglais afin de bien documenter le tout, pour que tout le monde soit conscient de ce qui vient de se passer.

C'est beaucoup de choses du tac au tac, mais cela prend beaucoup de temps et d'énergie et on n'est pas nécessairement formé pour le faire. C'est pour cela que les professionnels trouvent que c'est une surcharge.

**La sénatrice Moncion :** Merci beaucoup, c'est très intéressant. Ma prochaine question s'adresse à Mme Harrison.

You talked about nurses being forced to work overtime; is that still the case today? Have any short or medium-term solutions been considered to re-establish a certain balance in the system?

**Ms. Harrison:** Yes, it's still happening, and Linda Silas was talking about it, in fact.

I have a son who's been a nurse for less than two years and he said it's not even a matter of deciding whether he wants to work overtime, he has to do it. Nurses are required not to abandon their patients.

In collective agreements, even if it can potentially create an environment of fatigue, it's very rare not to ask a nurse to stay for four more hours, to do one more shift, to keep going. In New Brunswick, we already tried the temporary solutions Linda Silas spoke of, but it just puts a bandage on a gaping wound. Nursing agencies created a whole host of inequities when it comes to salary and workload.

In New Brunswick, we are in fact looking for solutions, but it leads to other problems, specifically depending too much on people who aren't regulated, such as those who offer personal care, known as "personal support workers" in English. This leads to triads with nurses, the nursing assistant, the orderly and even the care aide. Since the nurse is at the top of the pyramid, she has to delegate a great deal, but ultimately, she is still responsible. Even if the solution is to reduce nurses' overtime hours, it leads to other difficult issues.

If I may, regarding the training of health professionals coming from outside New Brunswick — it's probably because we're a bilingual province — but we worked very hard to quickly assess skills among those who come from elsewhere. We are setting up training systems and modules. In fact, a few weeks ago, I asked the Nursing School if it wanted to offer online training modules for people from different African countries that could also help people in Manitoba.

**Senator Moncion:** Thank you. I will have questions in the second round.

**Senator Mégie:** You talked about overtime. I was wondering if this is all the province's initiative, because normally, the issue falls under the provincial government's jurisdiction. You said it was included in the different points you made, about what the federal government should do. That was part of it, and one point encouraged the federal government to give more funding. I think there should be more funding, but it should always be done in

Vous avez parlé des heures supplémentaires imposées aux infirmiers et infirmières; est-ce encore le cas aujourd'hui? Est-ce qu'il y a des solutions qui sont envisagées à court ou moyen terme pour ramener un certain équilibre dans le système?

**Mme Harrison :** Oui, c'est encore d'actualité, et justement Linda Silas en parlait.

J'ai un fils qui est infirmier depuis moins de deux ans et il dit que ce n'est même plus la question de décider s'il veut faire des heures supplémentaires; il faut qu'il en fasse. Les infirmiers et infirmières ont l'obligation de ne pas abandonner leurs patients.

Dans les conventions collectives, même si cela crée potentiellement un climat de fatigue, c'est très rare qu'une infirmière ne soit pas demandée ou sollicitée pour rester quatre heures de plus, pour faire un relais de plus. On a essayé au Nouveau-Brunswick, avec les solutions temporaires dont Linda Silas a parlé, mais c'est on met seulement un pansement sur une plaie béante; les infirmières d'agence, cela a créé une panoplie d'iniquités sur le plan du salaire et de la charge de travail.

Au Nouveau-Brunswick, on cherche justement d'autres solutions, mais cela amène d'autres problèmes, notamment d'avoir une dépendance trop élevée sur des personnes qui ne sont pas réglementées, comme les personnes qui donnent les soins personnels en anglais — on les appelle les *personal support workers*. Cela crée des triades avec les infirmières, l'infirmière auxiliaire, le préposé et même l'aide aux soins; l'infirmière étant au sommet de la pyramide, elle doit déléguer beaucoup de choses, mais ultimement, elle est encore responsable. Même si la solution est de réduire les heures supplémentaires des infirmières, cela amène d'autres enjeux difficiles.

Si vous me le permettez, concernant la formation des professionnels de la santé qui viennent d'ailleurs au Nouveau-Brunswick, c'est probablement parce que nous sommes une province bilingue, mais on travaille très fort pour évaluer rapidement les compétences des gens qui nous arrivent d'ailleurs et on met en place des mécanismes et des modules de formation. Justement, j'ai demandé il y a quelques semaines à l'École de science infirmière si elle voulait offrir des modules de formation en ligne pour les gens des différents pays africains qui pourraient aussi aider les gens au Manitoba.

**La sénatrice Moncion :** Merci. J'aurai des questions pour la deuxième ronde.

**La sénatrice Mégie :** Justement, vous avez parlé des heures supplémentaires. Je me demandais si tout cela est l'initiative de la province, parce que normalement, cette question est du ressort du gouvernement provincial. Vous avez dit que c'était dans vos différents points, à savoir ce que le gouvernement fédéral devrait faire. Cela en faisait partie et incitait le fédéral à donner plus de fonds. Je crois qu'il devrait y avoir plus de fonds, mais que cela

collaboration with your province. Was it your province that took the initiative to regulate overtime and new courses?

**Ms. Harrison:** Is that question for me?

**Senator Mégie:** Yes, the question is for you, Ms. Harrison.

**Ms. Harrison:** That was Linda Silas's wish, the President of the Canadian Federation of Nurses Unions. That does not mean it has happened yet, but it's what every union wants, since it does indeed have an impact on professional burnout.

On the federal level, I think improving the profession's image is what's needed. It's one thing to train a lot of nurses, but once they're in care sectors, do they stay? There needs to be retention efforts, both for my students in the degree program and for working nurses. Better systems need to be created to reduce overtime or enhance the profession.

I really like the bilingualism bonus. I've been a nurse for a long time, since 1990, and already had that problem. I worked at Moncton Hospital and I got the impression that I was the only bilingual nurse in the building. Today, 34 years later, that hasn't changed.

**Senator Mégie:** My question is for both of our witnesses. Have any initiatives been undertaken to track health workers willing to declare that they are bilingual? Ms. de Moissac, you said that some, in fact, don't want to declare that they are bilingual because of the burden that represents for them. Are there other ways for the province and health services to track them, to see what resources they have available?

**Ms. de Moissac:** It depends on the profession. Some colleges or professional bodies do track their members according to their language. For example, pharmacists do it. As a member of the general public, I can go online and find out who the bilingual professionals are. It's not the same, it's not regulated. It's really up to that body's choice, they decide.

**Senator Mégie:** It's the professional body's choice. How is it on your side, Ms. Harrison?

**Ms. Harrison:** Coming from a bilingual province, when I talked about puzzle pieces, there's the Société santé et mieux-être en français du Nouveau-Brunswick. My colleague also talked about the importance of networks throughout Canada.

devrait toujours se faire en collaboration avec votre province. Est-ce que c'est votre province qui a pris l'initiative de réglementer les heures supplémentaires et les nouveaux cours?

**Mme Harrison :** Est-ce que la question s'adresse à moi?

**La sénatrice Mégie :** Oui, la question s'adresse à vous, madame Harrison.

**Mme Harrison :** C'est un souhait de Linda Silas, qui est présidente de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers. Cela ne veut pas dire que c'est arrivé encore, mais c'est ce que chaque syndicat souhaite, parce que justement, cela a un impact sur l'épuisement professionnel.

Sur le plan fédéral, il faudrait plutôt aider à rehausser l'image de la profession. C'est une chose de produire beaucoup d'infirmières, mais une fois qu'elles sont dans les milieux de soins, est-ce qu'elles restent? Il faut qu'il y ait des efforts en matière de rétention, à la fois pour mes étudiants au baccalauréat, mais aussi pour les infirmières dans le milieu. Il faut créer de meilleurs systèmes pour réduire les heures supplémentaires ou valoriser la profession.

J'aime beaucoup la prime de bilinguisme. Cela fait longtemps que je suis infirmière — depuis 1990 — et j'avais déjà ce problème. Je travaillais à l'hôpital de Moncton et j'avais l'impression que j'étais la seule infirmière bilingue dans l'édifice. Cela n'a pas changé aujourd'hui, 34 ans plus tard.

**La sénatrice Mégie :** Ma question s'adresse à nos deux témoins. Y a-t-il des initiatives qui ont été prises pour répertorier les professionnels de la santé qui acceptent de se déclarer bilingues? Vous avez dit, madame de Moissac, que certains ne veulent pas déclarer qu'ils sont bilingues justement à cause de la lourdeur que cela leur occasionne. Y a-t-il d'autres moyens pour que la province et les services de santé puissent les répertorier, afin de voir ce dont ils disposent comme ressources?

**Mme de Moissac :** Cela dépend de la profession. Il y a certains collèges ou ordres professionnels qui répertorient leurs membres selon la langue, par exemple; les pharmaciens le font. En tant que membre du grand public, je peux aller voir ces sites Web et trouver quels sont les professionnels bilingues. Ce n'est pas partout pareil, ce n'est pas réglementé; c'est vraiment au choix de l'ordre, c'est lui qui décide.

**La sénatrice Mégie :** C'est le choix de l'ordre professionnel. Qu'en est-il de votre côté, madame Harrison?

**Mme Harrison :** Étant issue d'une province bilingue, lorsque j'ai mentionné un des morceaux du casse-tête, il y a la Société santé et mieux-être en français du Nouveau-Brunswick. Ma collègue a aussi parlé de l'importance des réseaux à travers le Canada.

We worked very hard on active offer, specifically with our degree program. At Moncton University, the only large-scale francophone university east of Quebec that offers a nursing degree, all our students are bilingual by the end of the degree. I can't necessarily say the same thing for my colleagues at the University of New Brunswick or elsewhere. We were trained to offer a service in both languages.

However, there is no list. You can't go on the nursing association's website and see "Suzanne Harrison, bilingual," or "Gabrielle Savoie, bilingual," but we do put it directly on our badges.

**Senator Mégie:** Thank you very much.

**Senator Aucoin:** Thank you very much for being here. You mentioned the challenge of people not declaring that they are bilingual because of an overload of work. You have explained it well, and we understand the situation. Among the solutions, you mentioned that the federal government could support initiatives with a bilingualism bonus scholarship. I believe that all of these solutions are under provincial jurisdiction, right?

What could the federal government's role be, and how could it support the provinces other than through funding? If funding is given to the provinces with no strings attached, will it produce results?

**Ms. de Moissac:** I don't know to what extent transfers are made between the federal and provincial governments. I think that when it comes to official languages, it is a Canadian obligation that must be respected throughout the provinces. A fair amount of work has been done to promote official languages.

My idea was that, in order to ensure the maintenance of official languages across Canada, the federal government could provide grants and ensure that funds were directed to initiatives and strategies that would make that possible.

**Senator Aucoin:** Are you referring to a national strategy that could be developed in accordance with the Official Languages Act, sections 41 and 42, for example, which contain certain measures that the government or elected officials can take?

**Ms. de Moissac:** In my opinion, it would be a national strategy, because there are francophones everywhere. In some provinces, like Manitoba, we're fortunate to have some social capital and infrastructure. We're all together, but in the western provinces, like Saskatchewan and Alberta, francophones are widely scattered. That's not to say there aren't a lot of them—there are probably more than there are here—but they don't have the support we've had for many years. I think this should apply to all provinces and territories.

On a travaillé très fort pour l'offre active, notamment avec notre programme de baccalauréat. À l'Université de Moncton, qui est la seule université francophone d'envergure à l'est du Québec qui offre le baccalauréat en sciences infirmières, tous nos étudiants à la fin du bac sont bilingues. Je ne peux pas dire nécessairement la même chose pour mes collègues à l'Université du Nouveau-Brunswick ou ailleurs. On est formé pour offrir un service dans les deux langues.

Cependant, il n'y a pas de liste. Vous ne pourriez pas aller sur le site de l'association des infirmières et voir « Suzanne Harrison, bilingue », ou « Gabrielle Savoie, bilingue », mais on l'affiche directement sur nos badges lorsqu'on l'est.

**La sénatrice Mégie :** Merci beaucoup.

**Le sénateur Aucoin :** Merci beaucoup d'être là. Vous avez parlé du défi des gens qui ne déclarent pas qu'ils sont bilingues à cause de surcharge de travail; vous l'avez bien expliqué et on comprend la situation. Parmi les solutions, vous avez dit que le gouvernement fédéral pourrait soutenir des initiatives par une bourse d'études en primes de bilinguisme. Je crois que toutes ces solutions sont du ressort des provinces, n'est-ce pas?

Quel pourrait être le rôle du gouvernement fédéral, et comment pourrait-il soutenir les provinces autrement que par le financement? Si le financement est accordé aux provinces sans condition, est-ce que cela donnera des résultats?

**Mme de Moissac :** Je ne sais pas dans quelle mesure les transferts se font entre le fédéral et les provinces. Je pense que sur la lancée des langues officielles, c'est quand même une obligation canadienne qui doit être respectée à travers les provinces. Il y a quand même un certain travail qui a été fait pour faire la promotion des langues officielles.

Mon idée était que, pour assurer le maintien des langues officielles partout au Canada, le gouvernement fédéral pourrait accorder des subventions et voir à ce que les fonds aillent vers des initiatives et des stratégies qui permettraient que ce soit possible.

**Le sénateur Aucoin :** Est-ce que vous parlez de stratégie nationale qui pourrait être développée conformément à la Loi sur les langues officielles, aux articles 41 et 42, par exemple, qui contiennent certaines mesures que le gouvernement ou les élus peuvent prendre?

**Mme de Moissac :** À mon avis, ce serait une stratégie nationale, parce qu'il y a des francophones partout. Dans certaines provinces, comme au Manitoba, on a la chance d'avoir un certain capital social et des infrastructures. On est bien rassemblé, mais dans les provinces de l'Ouest, comme la Saskatchewan et l'Alberta, les francophones sont très épars. Cela ne veut pas dire qu'ils ne sont pas nombreux — ils sont probablement plus nombreux que chez nous. Par contre, ils n'ont pas le soutien que nous avons depuis bien des années. Je pense

**Senator Aucoin:** You mentioned missing pieces. I think you wanted to talk more about that, but you ran out of time. What were the missing pieces you wanted to talk about?

**Ms. Harrison:** I agree with my colleague on the idea of a national plan. Gabriel Cormier, my vice-president of administration and human resources, appeared before you and said that this doesn't require specific items. I was able to use funds from the Official Languages in Education Program, or OLEP, to develop a qualifying year program and get my students into my program more quickly. We've received money from the OLEP to conduct NCLEX exams to help our students by offering them resources; these are things we share with the federal government, but it's very ad hoc. A more continuous investment would be a piece of the puzzle that we wouldn't always be losing.

As for the other pieces of the puzzle, I agree with Dr. Prud'homme that we should explore whether an entrance exam is really necessary for the programs. We did touch on the NCLEX issue, even though I know that you already talked about it. Even when it comes to tuition, I'm thinking of more initiatives and faculty succession. I'm really concerned, because they say 54% of professors for bachelor's degree programs are currently over the age of 50, including me. There's a major shortage coming. If there is no one to teach nurses, how are they going to provide services in French? I think the federal government could play a role by providing more funding to the Consortium national de formation en santé, or CNFS, to grant more funds to various programs and partner universities to free up colleagues to go to school. That would be my gem, something I'd like you to keep in mind.

I think there are some really interesting initiatives, and we could work together to share our resources when we talk about the entrance exam or new educational strategies. At the national level, there really is a structure in place, like the CNFS and the Société Santé en français. I was a long-time member of the New Brunswick training and research network. There are systems in place, but they must be better funded so that they can train professionals who can provide these services in the minority official language.

**The Chair:** Ms. de Moissac, I'm quite troubled by the fact that bilingual professionals don't want to declare that they are bilingual. This leads me to two questions I'd like to ask you. My colleagues have already expressed the need for a national network, a network of bilingual professionals that would allow them to identify with each other and express their needs. Is this

que tout cela devrait viser toutes les provinces et tous les territoires.

**Le sénateur Aucoin :** Vous avez parlé de morceaux manquants. Je pense que vous vouliez en parler davantage, mais vous avez manqué de temps. Quels sont les morceaux manquants dont vous vouliez parler?

**Mme Harrison :** Je suis d'accord avec ma collègue sur l'idée d'un plan national. Gabriel Cormier, mon vice-recteur à l'administration et aux ressources humaines, est venu témoigner devant vous et il a dit que cela ne prenait pas des éléments spécifiques. J'ai pu utiliser les fonds du Programme des langues officielles dans l'enseignement (PLOE) pour faire une propédeutique et amener mes étudiants à rentrer plus rapidement dans mon programme. On a reçu de l'argent du PLOE pour faire des examens NCLEX pour aider nos étudiants en leur offrant des ressources; ce sont des choses que nous partageons avec le fédéral, mais c'est très ponctuel. Un investissement plus continu serait un morceau du casse-tête qu'on ne serait pas toujours en train de perdre.

Pour les autres morceaux du casse-tête, je crois comme le Dr Prud'homme qu'on devrait explorer si un examen d'immatriculation est vraiment nécessaire pour les programmes. On a quand même touché le dossier NCLEX, même si je sais que vous en aviez parlé avant. Même pour les frais de scolarité, je pense à plus d'initiatives et à la relève professorale. J'ai vraiment peur, car ils disent que 54 % des professeurs dans les programmes de baccalauréat ont actuellement plus de 50 ans, y compris moi. Il y a une grosse pénurie qui s'en vient. S'il n'y a pas de gens pour enseigner aux infirmières, comment vont-elles offrir des services en français? Je pense que le fédéral pourrait jouer un rôle en donnant plus de fonds au Consortium national de formation en santé (CNFS), pour octroyer plus de fonds aux différents programmes et aux universités partenaires afin d'être en mesure de dégager des collègues pour aller aux études. Ce serait mon bijou, une chose que j'aimerais que vous reteniez.

Je crois qu'il y a des initiatives vraiment intéressantes, et on pourrait travailler ensemble pour partager nos ressources quand on discute de l'examen d'immatriculation ou de nouvelles stratégies pédagogiques. À l'échelle nationale, il y a vraiment une structure en place, comme le CNFS et la Société Santé en français. J'ai siégé longtemps auprès de mon réseau au Nouveau-Brunswick de formation et de recherche. Il y a des systèmes en place, mais il faut mieux les financer pour qu'ils forment des professionnels pouvant offrir ces services dans la langue officielle en situation minoritaire.

**Le président :** Madame de Moissac, je suis assez troublé par le fait que des professionnels bilingues ne veulent pas déclarer qu'ils sont bilingues. Cela m'amène à vous poser deux questions. Ce besoin a déjà été exprimé par mes collègues, le besoin d'un réseau national, un réseau de professionnels bilingues pour qu'ils puissent se reconnaître entre eux et exprimer leurs besoins.

an initiative that the federal government could, and should, support to try to bring bilingual professionals together?

How could the federal government help with this? Are there any challenges in terms of the data available to these professionals? We can't paint a clear picture based on data we don't have. My question is for both witnesses. Is there enough data to identify bilingual professionals and work with them directly to recognize their profession?

**Ms. de Moissac:** Santé en français has already done some work to try to recognize bilingual professionals. I don't know if you're familiar with the OZi portal. It's a new system in place in Ontario and Manitoba to list these bilingual professionals. I think it's mainly for people in positions that are designated bilingual. It doesn't include all bilingual professionals because they're not all in designated positions.

There is certainly a lack of information. Santé en français in Manitoba tried to create an inventory where people could self-identify as bilingual professionals. It didn't work very well, because people don't want to share that they're bilingual. It needs to come from somewhere else, and it needs to be associated with people's language skills, because if they don't feel confident in their language, they won't identify themselves as bilingual. If these professionals think that they're going to be intimidated because they've said they're bilingual and it wasn't accepted by the other person, they won't want to advertise this. It's a question of linguistic security and the recognition of what self-identifying as bilingual can bring. Right now, there's nothing more than saying you're a proud francophone, but that's as far as it goes in the workplace, unfortunately.

**Ms. Harrison:** We have to start with basic training programs. We talk about active offer, we encourage them, the Société Santé en français will say, "Wow, I received money to talk about them, but the Franco Doc project offers English-language training programs, and we go and do activities with them in French." There's Café de Paris for health care professionals who want to enrich their French in a safe environment.

With the CNFS, there would be initiatives and tools that would encourage basic training programs to tell them that it's important. You have a responsibility to offer these services, and here is the impact if they're not offered. There are great tool kits. People just need to use them.

Est-ce une initiative que le gouvernement fédéral pourrait et devrait appuyer pour essayer de solidariser les professionnels bilingues?

Comment le gouvernement fédéral pourrait-il aider avec cela, d'une part, et est-ce qu'il y a des défis sur le plan des données qui sont accessibles par rapport à ces professionnels? On n'arrive pas à dresser un portrait clair en fonction des données qu'on n'a pas. Ma question s'adresse aux deux témoins. Est-ce qu'il y a suffisamment de données pour répertorier les professionnels bilingues et faire un travail avec eux directement pour la reconnaissance de leur profession?

**Mme de Moissac :** Il y a déjà du travail qui a été fait par Santé en français pour essayer de reconnaître les professionnels bilingues. Je ne sais pas si vous connaissez le portail OZi. C'est un nouveau système qui est en place en Ontario et au Manitoba pour répertorier ces professionnels bilingues. Je pense que c'est surtout pour ceux qui occupent des postes désignés bilingues. Cela ne comprend pas tous les professionnels bilingues, car ils ne sont pas tous dans des postes désignés.

Il manque certainement de l'information, Santé en français au Manitoba a essayé de créer un répertoire où les gens s'auto-identifient comme étant des professionnels bilingues. Cela n'a pas très bien marché, dans le sens où les gens ne veulent pas s'afficher comme étant bilingues. Il faut que cela vienne d'ailleurs et il faut l'associer aux compétences linguistiques des personnes, parce que si elles ne se sentent pas en sécurité dans leur langue, elles ne vont pas s'afficher comme étant bilingues. Si ces professionnels pensent qu'ils vont se faire intimider parce qu'ils l'ont dit et que cela n'a pas été accepté par l'autre personne, ils ne voudront pas s'afficher. C'est une question de sécurité linguistique et de reconnaissance de ce que cela peut apporter si on se déclare comme étant bilingue. En ce moment, il n'y a rien d'autre que de dire qu'on est un fier francophone, mais ça ne va pas plus loin dans un milieu de travail, malheureusement.

**Mme Harrison :** Il faut qu'on commence dans les programmes de formation de base. On parle de l'offre active, on les encourage, la Société Santé en français va dire : « Wow, j'ai eu de l'argent pour parler d'eux, mais le projet Franco Doc offre des programmes de formation anglophones, et on y va et on fait des activités avec eux en français. » Il y a le Café de Paris pour les professionnels de la santé qui veulent enrichir leur français dans un environnement sécuritaire.

Avec le CNFS, il y aurait des initiatives et des outils qui encourageraient les programmes de formation de base pour leur dire que c'est important. Vous avez une responsabilité d'offrir ces services et voici l'impact s'ils ne sont pas offerts. Il y a de beaux coffres à outils. Il faut juste que les gens s'en servent.

**The Chair:** The Action Plan for Official Languages 2023–2028 includes funding for the following:

\$6.5 million over four years to support the training and integration of new, bilingual health personnel, in collaboration with post-secondary institutions, by increasing the number of bilingual enrolments and bilingual graduates in nursing and personal care, and by offering integration grants to English-speaking health graduates —

Your scholarship project comes to mind.

— in order to provide these communities with better access to health services in the official language of their choice.

Do you think these investments are sufficient?

Is there a case for the federal government to further target its support? It's an ecosystem, in fact, and what we understand from your comments is that it affects the entire health care ecosystem, not only physicians.

Would it be appropriate, in terms of priorities for the federal government... In your opinion, which of the priorities you've outlined should be the federal government's priorities? Ms. de Moissac, you talked about the different origins of bilingual professionals, those who come from immersion or from other countries. Is there any way to identify key priorities that would allow the federal government to act more incisively on health care needs?

**Ms. de Moissac:** Apart from what I've already mentioned, a more effective way of achieving this would be to target certain professions, those working closest to people, working in the field, such as nurses and caregivers. Our official language minority communities (OLMCs) include many French-speaking seniors. We need to identify the needs. We need to target those professions first and then build on that.

**Ms. Harrison:** I would add — and this is because I'm nearing retirement and someone has to replace me — that there's a need to recruit new faculty, because if you don't have anyone to teach... Student recruitment is going well, but we need teachers. We have to think about retention. The Consortium national de formation en santé (CNFS) has invested considerable money in recruitment, but when we send them to work in hospitals, 18–20% of new nurses leave before the end of their first year. This is truly important; the Canadian Association of Schools of Nursing (CASN) has created a new residency program for new nurses. I think we're missing the boat. The loss of every student at the undergraduate level grieves me, because I

**Le président :** Dans le Plan d'action des langues officielles de 2023-2028, on prévoit le financement qui suit :

6,5 millions de dollars sur 4 ans pour appuyer la formation et l'intégration de nouvelles ressources humaines bilingues en santé, en collaboration avec des établissements d'enseignement postsecondaire, en augmentant le nombre d'inscriptions et de diplômés bilingues en soins infirmiers et en soins à la personne, et en offrant des bourses d'intégration aux diplômés...

— je pense à votre projet de bourse —

... en santé anglophones afin d'améliorer l'accès aux services de santé pour ces communautés dans la langue officielle de leur choix.

Est-ce que vous êtes d'avis que ces investissements sont suffisants?

Est-ce qu'il y aurait lieu pour le gouvernement fédéral de cibler davantage son soutien? C'est un écosystème, en fait, et ce que l'on comprend en vous entendant, c'est que cela touche l'ensemble de l'écosystème de santé et que cela ne se décline pas seulement chez les médecins.

Est-ce qu'il y aurait lieu, en matière de priorités pour le gouvernement fédéral... À votre avis, quelles seraient les priorités du gouvernement fédéral dans toutes les priorités que vous avez énoncées? Madame de Moissac, vous avez parlé des différentes origines des professionnels bilingues, ceux qui viennent de l'immersion ou de l'étranger. Est-ce qu'il y a moyen d'identifier des priorités clés qui permettraient au gouvernement fédéral d'agir plus chirurgicalement sur les besoins des services de santé?

**Mme de Moissac :** À part ce que j'ai déjà mentionné, un moyen plus efficace de le faire serait de viser certaines professions, celles qui sont les plus proches des gens, qui travaillent sur le terrain, comme les infirmières et les aidants en soins de santé. On a beaucoup d'aînés francophones dans nos communautés de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM). Il faut voir où sont les besoins. Il faut viser ces professions d'abord pour construire là-dessus ensuite.

**Mme Harrison :** Je dirais aussi — c'est parce que je suis tout près de la retraite et il faut que quelqu'un me remplace — qu'il y a la relève professorale, parce que si vous n'avez personne pour enseigner... Le recrutement d'étudiants va bon train, mais on a besoin d'enseignants. On doit penser à la rétention. Le Consortium national de formation en santé (CNFS) a investi beaucoup d'argent dans le recrutement, mais quand on les envoie dans le milieu hospitalier, 18 à 20 % des nouvelles infirmières le quittent avant la fin de la première année. C'est vraiment important; l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI) a créé un nouveau programme de résidence pour les nouvelles infirmières. Je crois qu'on manque le bateau,

tell myself that was a future nurse. The nursing community needs to do the same thing: For every new nurse who leaves before retirement, something must also be done.

I would also encourage ethical recruitment. I mentioned that the University of New Brunswick was offering a dual degree with Manipal. That's a very good idea, because they offer a bachelor's degree there that helps India and helps a small number of students who come to us. I look forward to seeing if we can do that in New Brunswick. It will require additional funds and I'm not sure our province has those funds.

Those would be my three wishes, my three pieces of the puzzle.

**The Chair:** Thank you very much.

**Senator Moncion:** My question is for both witnesses. Have any recent successes in your respective programs or educational institutions had a positive impact on the services offered in your communities?

**Ms. de Moissac:** Let me tell you about a new psychology program we're setting up; a clinical psychology program.

Our community has a tremendous need for this; there are many mental health challenges in schools, but also across the board. There is considerable interest, young people are diving in headfirst and they're highly committed to it. I think it's been quite a journey. The fact that we've had professional programs in nursing and social work shows that at Université de Saint-Boniface we're in a position to offer professional programs in French that already meet a need in the community. It allows us to build on our numbers. I think it's a success story.

**Senator Moncion:** What about you, Ms. Harrison?

**Ms. Harrison:** Our nurse practitioner program celebrates its 20th anniversary in a few days. At first, for a long time, we only had two or three nurse-practitioner graduates per year, and now we have between 14 and 16 students graduating per year, and they have an incredible success rate on the national registration exam. Almost all of these nurses remain in the province, and many of them work in rural areas, where health needs are tremendous, because the population is aging and people in rural New Brunswick are much more francophone. This is one of our great success stories.

parce que chaque étudiant que je perds au niveau du bac me cause un petit deuil, car je me dis que c'était une future infirmière. Les milieux de soins doivent faire la même chose : pour chaque nouvelle infirmière qui quitte le milieu avant sa retraite, il faut faire quelque chose aussi.

J'encouragerais aussi le recrutement éthique. J'ai mentionné que l'Université du Nouveau-Brunswick offrait un diplôme double avec Manipal. C'est une très bonne idée, car ils offrent un bac là-bas qui aide l'Inde et qui aide un petit nombre d'étudiants qui viennent chez nous. J'ai hâte de voir si on peut faire cela au Nouveau-Brunswick. Cela prendra des fonds supplémentaires et je ne suis pas certaine que notre province a ces fonds.

Ce serait mes trois souhaits, mes trois morceaux de casse-tête.

**Le président :** Merci beaucoup.

**La sénatrice Moncion :** Ma question s'adresse aux deux témoins. Y a-t-il des réussites récentes dans vos programmes respectifs ou dans vos établissements d'enseignement qui ont eu un impact positif sur l'offre de service dans vos communautés?

**Mme de Moissac :** Je vais parler d'un nouveau programme en psychologie qu'on est en train de mettre sur pied; ce sera un programme de psychologie clinique.

Il s'agit d'un très grand besoin qu'on a dans notre communauté; il y a beaucoup de défis en santé mentale en milieu scolaire, mais aussi partout. Il y a beaucoup d'intérêt, les jeunes embarquent à pieds joints et ils sont très engagés là-dedans. Je pense que cela a été tout un cheminement. Le fait d'avoir eu des programmes professionnels en sciences infirmières et en travail social montre que nous sommes capables, à l'Université de Saint-Boniface, d'offrir des programmes professionnels en français qui répondent déjà à un besoin de la communauté. Cela nous fait bâtir sur nos effectifs. Je pense que c'est une histoire de succès.

**La sénatrice Moncion :** Et vous, madame Harrison?

**Mme Harrison :** Notre programme d'infirmières-praticiennes célèbre son 20<sup>e</sup> anniversaire dans quelques jours. Au début, pendant longtemps, nous n'avions que deux ou trois infirmières-praticiennes diplômées par année et maintenant, nous avons 14 à 16 étudiantes par année qui obtiennent leur diplôme, et elles ont un taux de succès incroyable à l'examen national d'immatriculation. La quasi-majorité de ces infirmières restent dans la province et plusieurs d'entre elles travaillent en milieu rural, où il y a de grands besoins en santé, parce que la population est vieillissante et que les personnes dans les milieux ruraux au Nouveau-Brunswick sont beaucoup plus francophones. Voilà l'un de nos grands succès.

**Senator Moncion:** Thank you. I'm glad to hear that, because I know that nurse practitioners are increasingly valuable and sought after, precisely to serve in communities that are sometimes smaller, where they are able to offer services and physicians are not always available to do so.

This brings me back to your new clinical psychology program. I know that in the wake of the pandemic, we always talked about post-traumatic stress disorder, but now we're experiencing postpandemic stress disorder, which has gained significant proportions. My question is for both of you: To what extent have you seen changes in enrolment in health care programs at your educational institution?

**Ms. de Moissac:** I think it's remained steady in terms of enrolment, but I've found, in researching the mental health of young people at my university in particular and at the Université de Moncton, that mental health has taken a nasty toll on these young people and they're having a hard time coping. They have trouble getting help. It's hard for them to call and make an appointment. That's really the bottom line, and we need a lot more health services in postsecondary settings to support these students and show them how to manage their mental health well in the future. This goes back to what Suzanne was saying. Retention in the workplace is difficult for young people, because they don't necessarily have the right tools to manage stress and anxiety in the workplace. I think there's much work to be done in that regard.

**Ms. Harrison:** I completely agree about the importance of providing services; we do good work, but even psychologists are in short supply. It's hard for our students to access services, but sometimes there are peer services or different ways of going about it. I totally agree, it's a harder cohort to teach; the attendance rate for classes has dropped. People aren't as connected as they used to be. In our profession, we have to be connected and relate to others, so it's not easy.

In our early years of practice, it's very difficult to form supportive relationships with people. When you can't help yourself, it's hard to help others. We're aware of this situation, we're working a lot on the concept of resilience, and we're providing training in this area. I'm much more positive — it's my blood type, which is B-positive. We try to work on building resilience and coping strategies; instead of talking about stress or exhaustion, we try to empower them to be more engaged.

**La sénatrice Moncion :** Merci. Je suis contente de l'entendre, parce que je sais que les infirmières-praticiennes sont de plus en plus utiles et recherchées justement pour servir dans les communautés qui sont parfois plus petites, où elles sont en mesure d'offrir des services et où les médecins ne sont pas toujours disponibles pour le faire.

Cela me ramène à votre nouveau programme de psychologie clinique. Je sais qu'à la suite de la pandémie, on a toujours parlé de trouble de stress post-traumatique mais là, on est en train de vivre le *post-pandemic stress disorder*, et celui-là a pris une ampleur très importante. Ma question s'adresse à vous deux : jusqu'à quel point avez-vous vu des changements dans votre établissement d'enseignement pour les inscriptions dans les programmes de soins de santé?

**Mme de Moissac :** Je pense que cela s'est maintenu en matière d'inscriptions, mais j'ai constaté, en faisant des recherches sur la santé mentale des jeunes à mon université en particulier et à l'Université de Moncton, que la santé mentale a pris un méchant coup pour ces jeunes et qu'ils ont de la difficulté à s'en sortir. Ils ont de la difficulté à aller chercher de l'aide. Ils ont de la difficulté à faire un appel pour prendre un rendez-vous. C'est vraiment la base, et on a besoin de beaucoup plus de services de santé dans les milieux postsecondaires pour appuyer ces étudiants et pour leur montrer comment bien gérer leur santé mentale à l'avenir. Cela revient à ce que Suzanne disait. La rétention dans les milieux professionnels, c'est difficile pour les jeunes, car ils n'ont pas nécessairement les bons outils de gestion du stress et de l'anxiété dans les milieux de travail. Je pense qu'il y a un gros travail à faire à cet effet.

**Mme Harrison :** Je suis totalement d'accord sur l'importance des services offerts; on fait du bon travail, mais même les psychologues sont en pénurie. C'est difficile pour nos étudiants d'avoir accès à des services, mais parfois il y a des services par les pairs ou il y a différentes manières d'y arriver. Je suis totalement d'accord, il s'agit d'une cohorte à laquelle il est plus difficile d'enseigner; le taux d'assiduité dans les cours n'est vraiment pas évident. Les gens ne sont pas connectés comme ils l'étaient auparavant. Nous sommes dans une profession où nous devons être connectés et en relation avec les autres, alors ce n'est pas évident.

Lors de nos premières années de pratique, il y a beaucoup de difficulté à entamer des relations d'aide avec les gens. Quand tu ne peux pas t'aider toi-même, c'est difficile d'aider les autres. On est au courant de cette situation, on travaille beaucoup sur le concept de la résilience et on fait des formations à cet effet. Je suis beaucoup plus positive — c'est mon groupe sanguin, qui est B positif. On essaie de travailler sur le développement de la résilience et les stratégies d'adaptation; au lieu de parler de stress ou d'épuisement, on essaie de les outiller pour qu'ils soient plus engagés.

**Senator Aucoin:** Thank you. Following up on the discussion with Senator Moncion, am I wrong to suggest that the COVID-19 phenomenon has only accelerated or exacerbated the process? Or does the fact that the new generation hasn't necessarily developed the tools we had make these young people even more vulnerable? That would be my first question, because I find it hard to believe that so many young people have these needs. I don't know if you want to comment on that; I have another question afterwards.

**Ms. de Moissac:** It's curious, because I've been studying young people's mental health since 2012, and then in 2018, 2020 and 2022. I found a decline in mental health between 2012 and 2018.

We were already seeing a negative trend in health long before the pandemic if I can put it that way. The pandemic was a good experience for some, but for most, I'd say it brought them down to a lower level and they're struggling to get back on track. The 2022 data shows that we're back to 2018 levels. We'll get through it, certainly, but it will take time.

**Ms. Harrison:** The pandemic exacerbated the shortage. Some nurses nearing retirement might have carried on, but when you look at the statistics, many decided to leave the profession before the situation became more complicated. One of my A+ students, who may have had a little too much wine at the graduation banquet, said to me, "Suzanne, at first I was stressed, but now I'm on medication and I'm able to work." I thought to myself: "Poor thing, you need medication to do your job as a nurse." Unfortunately, that's also the reality.

**Senator Aucoin:** Thank you. With all that we've discussed and the solutions you've provided, would it be appropriate for the federal government to amend the Canada Health Act to include minority communities, as was done with Indigenous funding? Wouldn't this require the federal government to give more money to the health network, universities and provinces, to create scholarships and take other steps? What do you think?

**Ms. de Moissac:** Indeed, a number of studies show that francophones in minority situations are in poorer health than anglophones in the same province. There would certainly be a case for identifying us as another vulnerable population. Access to care in one's own language is a big problem. One in five people will not seek health care if it's not available in their language. It's a key issue that affects a significant proportion of the population, in my opinion. It would be an interesting approach to take.

**Le sénateur Aucoin :** Merci. Pour donner suite à la discussion avec la sénatrice Moncion, est-ce que je me trompe en disant que le phénomène de la COVID-19 n'a fait qu'accélérer ou exacerber le processus? Ou alors, le fait que la nouvelle génération n'ait pas nécessairement développé les outils que nous avions rend ces jeunes encore plus vulnérables? Ce serait ma première question, parce que cela me paraît difficile à croire qu'autant de jeunes aient ces besoins. Je ne sais pas si vous voulez commenter là-dessus; j'aurai une autre question par la suite.

**Mme de Moissac :** C'est curieux, parce que j'ai fait des études sur la santé mentale des jeunes depuis 2012, puis en 2018, 2020 et 2022. J'ai constaté un déclin dans la santé mentale de 2012 à 2018.

On était déjà dans une tendance négative bien avant la pandémie par rapport à la santé, si je peux m'exprimer ainsi. La pandémie a été une bonne expérience pour certains, mais pour la majorité, je dirais que cela les a mis à un plus bas niveau et qu'ils peinent à remonter la pente. Les données de 2022 montrent qu'on est revenu au niveau de 2018. On va s'en sortir, c'est certain, mais cela prendra un certain temps.

**Mme Harrison :** La pandémie a aggravé la pénurie. Certaines infirmières proches de la retraite auraient peut-être continué, mais lorsqu'on regarde les statistiques, plusieurs ont décidé de quitter le métier avant que les choses ne se compliquent. Une de mes petites A+ qui avait peut-être pris un peu trop de vin au banquet des finissants m'a dit : « Suzanne, au début, j'étais stressée, mais maintenant je prends des médicaments et là, je peux travailler. » Je me suis dit : « Pauvre petite, tu as besoin de prendre des médicaments pour jouer ton rôle d'infirmière. » Malheureusement, c'est aussi la réalité.

**Le sénateur Aucoin :** Merci. Avec tout ce dont nous avons discuté et les solutions que vous avez apportées, y aurait-il lieu pour le gouvernement fédéral de modifier la Loi canadienne sur la santé pour inclure les communautés en situation minoritaire, comme on l'a fait pour le financement pour les Autochtones? Est-ce que cela n'obligerait pas le gouvernement fédéral à donner plus d'argent au réseau de la santé, aux universités et aux provinces, pour créer des bourses d'études et faire d'autres démarches? Qu'en pensez-vous?

**Mme de Moissac :** Effectivement, plusieurs recherches montrent que les francophones en situation minoritaire sont en moins bonne santé que les anglophones dans la même province. Il serait certainement justifié de nous identifier comme étant une population vulnérable parmi d'autres. L'accès aux soins dans sa langue est un gros problème. Une personne sur cinq n'ira pas vers un service de santé s'il n'est pas offert dans sa langue. C'est une question primordiale qui touche une bonne partie de la population, selon moi. Ce serait un angle intéressant à prendre.

**Ms. Harrison:** I think so too, and immediately thought of Barbara Losier. Perhaps you know her? She's heavily involved in the health of French-speaking minority communities. She would agree that there are many opportunities to involve the community in research projects to find solutions. They are the experts who know their own needs and can work on that aspect. I'd also encourage you to think about community experts, who sometimes know a great deal more than researchers or pedagogues.

**Senator Aucoin:** Thank you.

**The Chair:** On April 17, 2023, Minister Duclos put forward solutions. He mentioned three areas: immigration, training and recognizing foreign credentials.

As to immigration in the francophone immigration policy, the FCFA had suggested setting up an accelerated gateway to enable professionals from other countries to come to Canada. What do you think of this idea, and should the federal government review its policy in this regard?

Since there are people coming from out of country, francophones coming from several regions, is the issue of being culturally appropriate and adapted taken into account, both in terms of training and service delivery?

With regard to the recognition of foreign credentials, do you have any potential solutions or findings regarding the barriers imposed by professional bodies that prevent professionals who could be practising from doing so?

Who would like to begin answering on these three areas?

**Ms. Harrison:** I'll begin with training, because that's what I do all day long.

Cultural safety, culturally appropriate care, what's outlined in item 24 of the Truth and Reconciliation Commission of Canada: Calls to Action report, these are things our people are asking us to do. We have to prove that this is part of our university culture. It's a big concern, and the democratic profile of our students has changed a lot. It's quite different from what it used to be.

With regard to foreign credentials, Rector Prud'homme spoke about this and I also think it's important. I don't think it's the same in the English-speaking world. Nurses from the Philippines or India can easily come and work in New Brunswick. It's not the same for nurses from Haiti or African countries. That's why we're quite keen to work with Morocco and Côte d'Ivoire to offer upgrade courses, so that when a nurse wants to come to

**Mme Harrison :** Je le pense aussi, et j'ai tout de suite pensé à Barbara Losier. Peut-être la connaissez-vous? Elle est très impliquée dans la santé des francophones en situation minoritaire. Elle aussi dirait qu'il y a beaucoup d'occasions d'impliquer la communauté dans les projets de recherche pour trouver des solutions. Ce sont eux les experts qui savent quels sont leurs besoins et qui peuvent travailler sur cet aspect. Je vous encourageais à penser aussi aux experts en milieu communautaire, qui en connaissent parfois beaucoup plus que les chercheurs ou les pédagogues.

**Le sénateur Aucoin :** Merci.

**Le président :** Le 17 avril 2023, le ministre Duclos a avancé des solutions. Il a mentionné trois dimensions : l'immigration, la formation et la reconnaissance des titres de compétence étrangers.

Concernant l'immigration dans la politique en matière d'immigration francophone, la FCFA avait suggéré de mettre en place une passerelle accélérée pour permettre aux professionnels de l'étranger de venir au pays. Qu'est-ce que vous pensez de cette idée, et est-ce que le gouvernement fédéral devrait revoir sa politique à cet égard?

Puisqu'il y a des gens qui viennent de l'étranger, des francophones qui viennent de plusieurs régions, la question d'être culturellement approprié et adapté est-elle prise en compte, tant sur le plan de la formation que de la livraison des services?

Pour ce qui est de la reconnaissance des titres de compétence étrangers, est-ce que vous avez des pistes de solution ou des constats à faire sur ces barrières qui sont imposées par les ordres professionnels et qui empêchent des professionnels qui pourraient pratiquer de le faire?

Qui voudrait commencer à répondre sur ces trois dimensions?

**Mme Harrison :** Je vais commencer par la formation, parce que c'est ce que je fais toute la journée.

La sécurité culturelle, les soins culturellement appropriés, ce qui est indiqué au point n° 24 du rapport *Commission de vérité et réconciliation du Canada : Appels à l'action*, ce sont des choses que nos gens nous demandent de faire. Il faut prouver que cela fait partie de notre culture universitaire. C'est un grand souci, et le profil démocratique de nos étudiants a beaucoup changé. C'est vraiment différent de ce que c'était auparavant.

Pour ce qui est des titres à l'étranger, le recteur Prud'homme en a parlé et je crois également que c'est important. Je ne crois pas que ce soit égal en milieu anglophone. Les infirmières des Philippines ou de l'Inde peuvent venir facilement au Nouveau-Brunswick et y travailler. Ce n'est pas la même chose pour les infirmières d'Haïti et des pays africains. C'est pourquoi nous avons très hâte de travailler avec le Maroc et la Côte

New Brunswick or elsewhere, she can have access to these courses.

Often, in African countries, some of the training is more specialized. There's a nurse anesthetist, a nurse midwife. They're not general practices, whereas in New Brunswick and Canada, a general bachelor's degree is required. Training institutions have a major role to play in upgrading skills. Yes, our professional association is sometimes a little less avant-garde than it could be, but it's always a question of safety, and their role is to ensure public safety. They don't want to allow people to have a work permit if they don't have the required skills. There is a desire to make the process swifter and more efficient.

As for immigration, I'd like my colleague from Manitoba to add her own comments. We work hard and we have to welcome people and help them get into programs. I often have doctors starting a bachelor's degree in nursing who are unhappy, but that's the reality.

**The Chair:** Thank you.

**Ms. de Moissac:** I fully agree with what Suzanne is saying. New Brunswick is a bilingual province and Manitoba isn't. You have to have excellent knowledge of English to work in health care. It's a must. It has to start there. Language training could be done remotely, before the individual arrives in Canada, and that should be a priority. That's key: learn the language first, and then get your skills recognized. Getting recertified only happens later, because everything after that happens in English. Learning English has to be the priority.

**The Chair:** Thank you.

Ms. Harrison, Ms. de Moissac, thank you very much for being with us today. You've provided the committee with a lot of information. I think it'll be useful for our report. I want to thank you for all the work you do to improve Canadians' access to health care in the official language of their choice. Thank you very much for your contribution.

We now welcome in person Dr. Bernard Leduc, previous President and Chief Executive Officer, Montfort Hospital, and Didier Pilon, French Language Services Lead, Health Sciences North, in the Sudbury area. By video conference, we have Antoine Cantin-Brault, Chair of the Board of Directors, Centre de santé de Saint-Boniface.

d'Ivoire pour offrir des cours de mise à niveau, pour que lorsqu'une infirmière souhaite venir au Nouveau-Brunswick ou ailleurs, elle puisse avoir accès à ces cours.

Souvent, dans les pays africains, certaines formations sont plus spécialisées. Il y a une infirmière anesthésiste, une infirmière sage-femme. Ce ne sont pas des pratiques générales, alors qu'au Nouveau-Brunswick et au Canada, on demande un baccalauréat généralisé. Les milieux de formation ont un grand rôle à jouer pour faire les mises à niveau. Oui, notre association professionnelle est parfois un peu moins avant-gardiste qu'elle pourrait l'être, mais c'est toujours une question de sécurité et c'est son rôle d'assurer la sécurité du public. Ils ne veulent pas permettre à des gens d'avoir un permis de travail s'ils n'ont pas les compétences requises. Il y a un souhait de rendre le processus plus rapide et plus efficace.

Pour ce qui touche l'immigration, j'aimerais que ma collègue du Manitoba ajoute des commentaires à ce sujet. On travaille fort et on doit accueillir les gens et les aider à être admis dans les programmes. J'ai souvent des médecins qui commencent un baccalauréat en sciences infirmières et qui sont malheureux, mais c'est la réalité.

**Le président :** Merci.

**Mme de Moissac :** Je suis tout à fait d'accord avec ce que dit Suzanne. Le Nouveau-Brunswick est une province bilingue et le Manitoba ne l'est pas. Il faut avoir une excellente connaissance de l'anglais pour travailler dans le domaine de la santé. C'est un incontournable. C'est là que cela doit commencer. Donc, la formation linguistique pourrait se faire à distance, avant que la personne arrive au Canada, et ce devrait être une priorité. C'est le nerf de la guerre : apprendre la langue d'abord, puis faire reconnaître ses acquis; faire une recertification ne vient qu'après, parce que tout se fait en anglais par la suite. Il faut vraiment miser sur l'apprentissage de l'anglais.

**Le président :** Merci.

Madame Harrison, madame de Moissac, merci beaucoup pour votre comparution aujourd'hui. Vous avez apporté beaucoup d'information à notre comité. Je crois que cela sera utile pour le rapport. Je veux vous remercier pour tout le travail que vous faites pour favoriser l'accès aux Canadiens et aux Canadiennes aux soins de santé dans la langue officielle de leur choix. Merci beaucoup pour votre contribution.

Nous accueillons maintenant en présentiel le Dr Bernard Leduc, ancien président et directeur général de l'Hôpital Montfort, et Didier Pilon, responsable des services en français à Horizon Santé-Nord, dans la région de Sudbury. Par vidéoconférence, nous accueillons Antoine Cantin-Brault, président du conseil d'administration du Centre de santé Saint-Boniface.

Good evening and thank you for accepting our invitation. Let's start with your opening remarks.

**Dr. Bernard Leduc, Previous President and Chief Executive Officer, Montfort Hospital:** Thank you for the invitation to testify today. This subject is particularly close to my heart, as I was head of Hôpital Montfort, the only francophone teaching hospital west of Quebec, from 2010 to 2023.

The human resources crisis in health is a perfect storm, unfortunately entirely predictable. I'll quickly give you some numbers.

In 2009, the Canadian Nurses Association published a report predicting a shortage of 60,000 registered nurses by 2022. A study published in 2018 estimated this number at 117,600 in 2030. That was prior to the pandemic, so you can imagine the scope of the problem. We note a considerable decline in human resources as compared with service-related needs.

The ratio of nurses per 1,000 seniors fell from 59 in 2013 to 52 today. A similar decline was observed among family physicians and specialists.

We saw historical vacancy rates in 2022-23 between 18% and 25%, depending on the profession, and those vacancy rates are equivalent to 13,000 full-time positions. The sick leave rate increased to 17% in 2021-22, compared to an average of 3% over the previous five years.

Previous witnesses have mentioned that. According to a study by the Registered Nurses' Association of Ontario, a very worrying fact in Ontario is that 13% of nurses aged 20 to 35 are considering leaving the profession. If we lose a significant portion of that population aged 20 to 35, I don't know what the future will hold.

We're also living through a primary care crisis, with over 4.7 million Canadians without access to a family doctor. Interest in the profession has dropped significantly in recent years for a number of reasons that I won't belabour. The results for the last residency program match, in 2024, show that 91 out of 528 positions in family medicine went unfilled at the end of the first round. After the second round, 75 of the 87 vacant positions were in family medicine, or 86% of vacancies.

A number of studies have demonstrated the negative impact of linguistic discordance on complications, length of hospital stay, number of medications and tests and extended hospital stays, all of which entail increased costs.

Bonsoir, bienvenue et merci d'avoir accepté notre invitation. Commençons par vos remarques préliminaires.

**Dr Bernard Leduc, ancien président et directeur général, Hôpital Montfort :** Je remercie le comité pour l'invitation à venir témoigner aujourd'hui. C'est un sujet qui me touche de près, puisque j'ai été directeur général de l'Hôpital Montfort, le seul hôpital universitaire francophone à l'ouest du Québec, de 2010 à 2023.

La crise des ressources humaines en santé, c'est une tempête parfaite qui était malheureusement entièrement prévisible. Je vais rapidement vous donner quelques chiffres.

En 2009, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada prévoyait une pénurie de 60 000 infirmières autorisées en 2022. Une étude publiée en 2018 estimait ce nombre à 117 600 en 2030. C'était avant la pandémie, alors on peut imaginer l'ampleur du problème. On note une baisse considérable sur le plan des ressources humaines par rapport aux besoins en matière de services.

Le ratio d'infirmières pour 1 000 aînés est passé de 59 en 2013 à 52 aujourd'hui. On peut voir des baisses semblables chez les médecins de famille et les médecins spécialistes.

On a vu des taux de postes vacants historiques en 2022-2023 qui varient entre 18 et 25 %, selon les professions, et ces postes vacants représentent l'équivalent de 13 000 emplois à temps plein. Les taux de congé de maladie en 2021-2022 ont augmenté à 17 %, alors que la moyenne des cinq dernières années tournait autour de 3 %.

Les témoins précédents en ont parlé. Une donnée très préoccupante en Ontario, selon une étude de la Registered Nurses' Association de l'Ontario, indique que 13 % des infirmières âgées de 20 à 35 ans considèrent de quitter la profession. Donc, si on perd une bonne partie de cette cohorte âgée de 20 à 35 ans, je ne sais où on va se retrouver à l'avenir.

En soins primaires, c'est aussi la catastrophe, avec plus de 4,7 millions de Canadiens qui n'ont pas accès à un médecin de famille. Je ne m'éterniserai pas sur les raisons, mais la popularité de la médecine familiale a diminué énormément au cours des dernières années. Lors du dernier jumelage pour ce qui est des résidences en 2024, 91 des 528 postes en médecine familiale n'ont pas trouvé preneur pour la première ronde et, sur les 87 postes qui restaient vacants après la deuxième ronde, 75 étaient en médecine familiale, ce qui représentait 86 % des postes vacants.

Il y a plusieurs études qui montrent l'impact négatif du fait de ne pas être servi dans sa langue par rapport aux complications, à la durée de séjour, au nombre de médicaments, au nombre de tests, aux séjours prolongés à l'hôpital, et tout cela se reflète par une augmentation des coûts.

According to Statistics Canada, outside Quebec and New Brunswick, only 1 in 10 workers knows French. This means that, when we try to recruit, our recruitment pool is extremely limited. Our pool is just 10% of that of all the other hospitals that don't need to worry about minority language services. If recruiting is difficult for Montfort, I can't imagine how impossible it is for smaller, more remote organizations to recruit French-speaking staff.

In the absence of a national federal policy, whereby 100% of Canadians would be fully bilingual, here are a few recommendations to try to address the problem.

We talked about training, so it's about not only supporting, but also really improving French-language training at post-secondary institutions providing employee health care programs. We talked about the Consortium national de formation en santé, which you're familiar with. It's not enough to maintain it. Rather, in my opinion, its services have to be improved.

The federal government could take immediate action on immigration. Since the aim is to increase francophone immigration, newcomers should represent an increasingly larger percentage to change the demographic weight of francophones in Canada. We need to focus on that and prioritize health care workers, as well as working with the provinces and professional associations to shorten prior learning assessment and certification processes.

We also need to work with organizations. I know of one, Talent Beyond Boundaries, but there may be others. Relying on immigration poses an ethical dilemma, since we're looking for health care workers in places where they probably need them just as much. Talent Beyond Boundaries is an organization working with people who are already displaced and are in refugee camps. As you can imagine, there are all kinds of people, from all professions, in those camps. If we could create an inventory of their skills, match them with employers and facilitate their immigration, we'd also be resolving a humanitarian problem and killing two birds with one stone.

Third, capturing the language variable is absolutely essential to service planning, be it for health care workers, patients or anyone who has access to the health care system. Canada should draw inspiration from Ontario, which, in 2009, adopted an inclusive definition of a francophone as a person whose mother tongue is French, or whose mother tongue is neither French nor English, but who has a good knowledge of one official language and uses it at home. Someone whose mother tongue is Somalian but speaks French would, under this inclusive definition, be

Si on exclut le Québec et le Nouveau-Brunswick, selon Statistique Canada, une personne sur dix seulement parle français à l'extérieur de ces deux provinces. Cela veut dire que lorsqu'on essaie de recruter, on dispose d'un bassin extrêmement réduit. On dispose d'un bassin de 10 % par rapport à tous les autres hôpitaux qui ne se préoccupent pas de la langue pour la minorité. Si c'est difficile pour nous de recruter à Montfort, je ne peux imaginer à quel point c'est difficile pour les petits organismes et les régions éloignées de recruter du personnel qui est en mesure de parler français.

En l'absence d'une politique nationale fédérale où 100 % des Canadiens seraient complètement bilingues, voici quelques petites recommandations pour tenter d'aborder le problème.

On a parlé de la formation, donc il ne s'agit pas juste de soutenir, mais vraiment de bonifier l'offre de formation en français aux institutions postsecondaires qui offrent des programmes en santé pour le personnel. On a parlé du Consortium national de formation en santé, que vous connaissez. Il ne suffit pas de le maintenir, mais à mon avis, il faut bonifier son offre de service.

Le gouvernement fédéral pourrait agir en priorité dans le secteur de l'immigration. Comme on veut augmenter l'immigration francophone, les nouveaux arrivants pourraient représenter un nombre de plus en plus important pour changer leur poids démographique au Canada. Il faudrait mettre l'accent là-dessus et prioriser les travailleurs de la santé, de même que travailler avec les provinces et les ordres de professionnels pour raccourcir les périodes de reconnaissance des acquis et de l'émission de certificats.

Il faut aussi travailler avec des organisations. J'en connais une, mais il y en a peut-être d'autres, comme Talent Beyond Boundaries. Le problème, quand on se fie à l'immigration, c'est le côté éthique, puisqu'on va chercher des travailleurs de la santé à des endroits où ils en ont probablement tout autant besoin. Talent Beyond Boundaries, c'est une organisation qui travaille chez des gens qui sont déjà déplacés dans des camps de réfugiés. Vous pouvez vous imaginer qu'il y a des gens de tout ordre, de toute profession dans ces camps. Si on pouvait faire un répertoire des compétences chez ces gens qui sont déplacés, si on essayait de les jumeler avec des employeurs et de faciliter leur immigration, à ce moment-là, on réglerait un problème humain en faisant d'une pierre deux coups.

Troisièmement, pour la planification des services, la capture de la variable linguistique est actuellement essentielle, que ce soit pour les travailleurs de la santé et pour les patients ou pour les gens qui ont accès au système de santé. Le Canada pourrait s'inspirer de l'Ontario qui, en 2009, a adopté une définition inclusive de ce qu'est un francophone et selon laquelle un francophone est quelqu'un dont la langue maternelle est le français ou quelqu'un dont la langue maternelle n'est ni le français ni l'anglais, mais qui connaît bien une des langues

considered a francophone. It is therefore essential to work with the provinces to have data on the language variable collected as part of the health card issuance process, so that the Canadian Institute for Health Information captures the language variable in its analyses.

Fourth, Canada is a key player in health care research funding. In a country with two official languages, it is inconceivable that funding should be granted for research that does not require the collection of language variable data, in the same way as the collection of gender data, which has been mandatory for several years now. At present, with the introduction of virtual care, it is essential to develop and deploy a pan-Canadian virtual care program for official language minority communities.

Thank you for your attention. I look forward to answering your questions.

**The Chair:** Thank you, Dr. Leduc. Mr. Pilon, the floor is yours.

**Didier Pilon, French Language Services Lead, Health Sciences North:** Mr. Chair, honourable senators, it's truly an honour to be here today to testify before the committee. Today's linguistic perspective is very important. The role of the federal government is undeniable.

My name is Didier Pilon, and I am the French Language Services Lead at Health Sciences North. We are the second-largest hospital designated under Ontario's French Language Services Act and the largest fully designated hospital. As regional hospital for northeastern Ontario, we provide care to over 122,000 francophones.

According to the most recent data available to me, Health Sciences North, or HSN, as we call it, has 4,274 employees, including 1,477 employees who identify as francophone. That's approximately 34% of our staff. We have 1,513 designated positions, which equals approximately 35% of all our positions, in a geographic region where the demographic weight of francophones is only around 23%. Approximately 26% of our doctors, or 127 out of 494, are able to provide services in French. Although that's higher than the demographic weight of francophones, we continue to aim for 30% in order to better serve the community.

Despite our efforts, shortages in a number of care units and specific specialties remain. Approximately 400 of our designated positions are currently filled by employees who don't meet the language requirements for the position. When we talk about

officielles et l'utilise à la maison. Quelqu'un qui aurait une langue maternelle somalienne, mais qui parle français serait, grâce à cette définition inclusive, considéré comme un francophone. Il faut donc travailler avec les provinces pour que les données sur la variable linguistique soient essentiellement collectées au moment de l'émission d'une carte d'assurance-maladie, afin que l'Institut canadien d'information sur la santé capture la variable linguistique dans ses analyses.

Quatrièmement, sur le plan de la recherche, le Canada est un acteur clé dans le financement de la recherche en santé dans un pays où il y a deux langues officielles. Pour moi, il est inconcevable que des fonds soient octroyés à des projets de recherche qui n'exigent pas de faire la collecte de la variable linguistique au même titre que la collecte démographique du genre, qui se fait maintenant depuis plusieurs années. Maintenant, avec la venue des soins virtuels, il faut travailler et déployer un programme de soins virtuels pancanadien pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire.

Je vous remercie de votre attention. Je serai heureux de répondre à vos questions.

**Le président :** Merci, docteur Leduc. Monsieur Pilon, la parole est à vous.

**Didier Pilon, responsable des services en français, Horizon Santé-Nord :** Monsieur le président, honorables sénateurs et sénatrices, je suis vraiment honoré d'être ici aujourd'hui pour témoigner devant vous. La perspective linguistique abordée aujourd'hui est très importante. Le rôle du gouvernement fédéral est indéniable.

Je m'appelle Didier Pilon et je suis responsable des services en français à Horizon Santé-Nord. Nous sommes le deuxième plus grand hôpital désigné en vertu de la Loi sur les services en français de l'Ontario et le plus grand hôpital ayant une désignation entière. En tant qu'hôpital régional pour le nord-est de l'Ontario, nous offrons des soins à plus de 122 000 francophones.

Selon les données plus récentes à ma disposition, HSN, comme on l'appelle communément, compte 4 274 employés, ce qui comprend 1 477 employés identifiés en tant que francophones. On parle d'environ 34 % de nos employés. On compte 1 513 postes désignés, ce qui correspond à environ 35 % de nos postes, dans une région géographique où le poids démographique des francophones n'est que d'environ 23 %. Environ 26 % de nos médecins, soit 127 sur 494, sont en mesure d'offrir des services en français. Bien que ce soit plus élevé que le poids démographique des francophones, on continue à viser le chiffre de 30 %, afin de mieux servir la communauté.

Malgré nos efforts, on observe tout de même des lacunes dans plusieurs unités de soins ainsi que dans certaines spécialisations précises. Il en résulte qu'environ 400 de nos postes désignés sont actuellement occupés par des employés qui ne répondent pas aux

recruitment, particularly francophone recruitment, there are a number of issues needing to be addressed. We can certainly look at the aging of the population in northeastern Ontario, where approximately 30% of the population over the age of 65 is francophone, but only 16% of the population between the ages of 25 and 35 is francophone.

Like Dr. Leduc, we can talk about immigration and how difficult it is for people to have their prior learning recognized, as well as the fact that not all newcomers will be able to work in an environment where the working language is English, once their skills have been recognized. That subject, however, is a little outside my expertise as French Language Services Lead for Health Sciences North.

What I wanted to emphasize instead is that being a designated health care provider in Ontario reflects the commitment of facilities to meet the linguistic needs of their community. It's a completely voluntary process, as you know. At Health Sciences North, this designation wouldn't have been possible without the leadership of Denis Roy and Dominic Giroux, our former CEOs, who launched and strengthened the designation over the past 10 years, or without the continued support of our new CEO, David McNeil, who ensures that we continue to improve those services. It is also essential to recognize that the very existence of French-language services at HSN is the result of the efforts of hundreds or even thousands of employees who, over the past 10 years, have implemented our labour standards and provided care in both official languages.

Undertaking a designation means accepting additional responsibilities and costs, without any corresponding funding. This translates into organizational and individual challenges. When it comes to the organization, our commitment means putting in place policies, procedures, training and resources to ensure that the linguistic rights of our francophone patients and families are respected.

To that end, we also created the position of French language services lead — my position — to coordinate, supervise and sometimes even create the resources to ensure the provision of French-language services. These efforts have associated costs. On an individual level, employees in designated positions are required to have additional skills and take on additional responsibilities. Let's take the example of a French-speaking nurse. Not only must they master French and English to communicate with patients, families and so forth, but they must also be able to provide support to their unilingual colleagues. They often find themselves assigned to beds that are farther away, and they have to facilitate conversations with doctors or teams of associated health care professionals, including physiotherapists, speech therapists and social workers. Consequently, these positions are very difficult to fill from a

exigences linguistiques du poste. Il y a plusieurs thématiques à aborder lorsqu'on parle de recrutement, particulièrement pour le personnel francophone. On peut certainement se pencher sur le vieillissement de la population dans le nord-est, où la population de plus de 65 ans est francophone à 30 % environ, mais où la population âgée de 25 à 35 ans est francophone à 16 %.

On peut aussi parler d'immigration, comme l'a fait M. Leduc, et de la difficulté de reconnaître les acquis, de même que du fait que ce ne sont pas tous les nouveaux arrivants qui seront capables de travailler dans un milieu où la langue de travail est l'anglais, une fois leurs compétences reconnues. Ce sujet va toutefois un peu au-delà de mes capacités en tant que responsable des services en français à Horizon Santé-Nord.

Ce que je voulais plutôt souligner, c'est que la désignation de fournisseur de soins de santé en Ontario reflète l'engagement des établissements à répondre aux besoins linguistiques de leur communauté. C'est un processus tout à fait volontaire, comme vous le savez. À Horizon Santé-Nord, cette désignation n'aurait pas été possible sans le leadership de Denis Roy et Dominic Giroux, nos anciens PDG, qui ont lancé et consolidé la désignation lors des 10 dernières années, et sans le soutien continu de notre nouveau PDG, David McNeil, qui s'assure que l'on continue d'améliorer ces services. Il est tout aussi essentiel de reconnaître que l'existence même des services en français à HSN est le résultat du travail de centaines ou de milliers d'employés qui, au cours des 10 dernières années, ont mis en place nos normes de travail et ont fourni des soins dans les deux langues officielles.

Entreprendre une désignation, c'est accepter des responsabilités supplémentaires et des coûts additionnels sans pour autant être accompagné d'un financement correspondant. Cela se traduit par des défis, tant sur le plan organisationnel qu'individuel. Lorsqu'on parle de l'organisation, notre engagement nécessite la mise en place de politiques, de procédures, de formations et de ressources visant à garantir le respect des droits linguistiques de nos patients et nos familles francophones.

À cet effet, nous avons aussi créé le poste de responsable des services en français — le mien — afin de coordonner, superviser et parfois même créer les ressources pour assurer l'offre de service en français. Ces projets ont des coûts associés. Sur le plan individuel, les employés qui occupent des postes désignés doivent posséder des compétences et assumer des responsabilités supplémentaires. Prenons l'exemple d'une infirmière francophone : non seulement elle doit maîtriser le français et l'anglais pour communiquer avec nos patients, les familles, etc., elle doit aussi être capable de fournir un soutien à ses collègues unilingues. Elle se voit souvent affectée à des lits plus éloignés et elle doit faciliter les conversations avec les médecins ou avec les équipes de professionnels de santé associés, dont les physios, les orthophonistes, les travailleurs sociaux, etc. Ce sont donc des postes qui sont très difficiles à

bilingual perspective, since these people often work alone or in very small teams. What's more, these nurses may face additional restrictions. For example, if they wish to trade a shift with a colleague, they must ensure that French-language services are adequately covered in their absence.

Despite those challenges, many employees accept these responsibilities with pride, recognizing the importance of providing quality services to the francophone community. However, their compensation does not reflect that extra work. In short, if we really want to counter recruitment difficulties, the lack of financial incentives certainly has to be considered. It would appear that an ongoing commitment on the part of the federal government, in consultation with provincial and territorial governments and health care institutions, is required to put in place incentives and supportive policies to attract and retain health care professionals in institutions serving official language minority communities.

combler d'un point de vue bilingue, puisque ce sont des gens qui travaillent souvent seuls ou dans de très petites équipes. De plus, cette infirmière peut être confrontée à des limitations supplémentaires; par exemple, si elle souhaite échanger un horaire de travail avec un collègue, elle doit veiller à assurer une représentation adéquate des services en français en son absence.

Malgré ces défis, de nombreux employés acceptent ces responsabilités avec fierté, reconnaissant l'importance de fournir des services de qualité à la communauté francophone. Cependant, ce travail supplémentaire n'est pas reflété dans leur rémunération. Bref, si on souhaite réellement contrer les difficultés de recrutement, l'absence d'incitation financière doit certainement être considérée. Il semble bien qu'un engagement continu de la part du gouvernement fédéral, en consultation avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et avec les établissements de santé, soit nécessaire pour mettre en place des mesures incitatives et des politiques de soutien visant à attirer et retenir les professionnels de la santé dans les établissements servant les communautés de langue officielle en situation minoritaire.

Thank you.

Je vous remercie.

**The Chair:** Thank you, Mr. Pilon, for those opening remarks. Mr. Antoine Cantin-Brault, the floor is yours.

**Le président :** Merci, monsieur Pilon, pour cette déclaration d'ouverture. Monsieur Antoine Cantin-Brault, la parole est à vous.

**Antoine Cantin-Brault, Chair of the Board of Directors, Centre de santé de Saint-Boniface:** Thank you.

**Antoine Cantin-Brault, président du conseil d'administration, Centre de santé de Saint-Boniface :** Merci.

Members of the Standing Senate Committee on Official Languages, first, I would like to thank you for giving me the opportunity to address the committee today. I sincerely commend your willingness to discuss the shortage of health professionals in facilities serving official language minority communities with a view to identifying lasting solutions.

Mesdames et messieurs les membres du Comité sénatorial permanent des langues officielles, j'aimerais d'abord vous remercier de me donner la parole aujourd'hui. Je vous remercie très sincèrement de votre volonté de discuter de la pénurie de professionnels de la santé en situation minoritaire, dans l'optique de trouver des solutions pérennes.

My name is Antoine Cantin-Brault, and I am a full professor of philosophy at the Université de Saint-Boniface. I will be echoing some of what was said by my colleague whom you heard from earlier, Danielle de Moissac. I am appearing before you today as the Chair of the Board of Directors of the Centre de santé de Saint-Boniface, which is very close to downtown Winnipeg.

Je suis Antoine Cantin-Brault et je suis professeur titulaire de philosophie à l'Université de Saint-Boniface. Il y aura certains recouplements avec ma collègue Danielle de Moissac, que l'on vient d'entendre. Je suis ici en tant que président du conseil d'administration du Centre de santé Saint-Boniface, situé tout près du centre-ville de Winnipeg.

The Centre de santé Saint-Boniface opened in 1999 thanks to three founding members, namely, the Réseau Compassion Network, the Université de Saint-Boniface and the Société de la francophonie manitobaine. It is a primary health care facility with a mandate to deliver services to the French-speaking population of Winnipeg and surrounding areas, namely, St. Boniface and St. Vital residents. The centre is therefore officially designated francophone, but because the St. Boniface and St. Vital population is partially anglophone, we are required to deliver our services in both official languages.

Le Centre de santé Saint-Boniface a ouvert ses portes en 1999 grâce à la volonté de nos trois membres fondateurs qui sont le Réseau Compassion Network (RCN), l'Université de Saint-Boniface (USB) et la Société de la francophonie manitobaine (SFM). C'est un établissement de santé primaire qui a pour mandat de servir la population d'expression française de Winnipeg ainsi que la population qui l'entoure géographiquement, c'est-à-dire la population de Saint-Boniface et de Saint-Vital. Le centre est donc officiellement désigné francophone. Comme la population de Saint-Boniface et de

For the past few years, our clientele has stabilized at 70% francophone and 30% anglophone.

It's no secret that there's a general shortage of health care professionals and that it has gotten worse since the pandemic. For those of us in a minority setting, the problem is even more acute. The centre is no larger than other primary care facilities in Winnipeg: We have a dozen family physicians, eight nurse practitioners, 10 primary care nurses and several other community health professionals, such as a psychologist, a social worker, a pharmacist, and so on. We also have a management team and a team of administrative assistants, for a total of about 80 employees.

The centre's catchment extends beyond Winnipeg's boundaries, and its mission makes its importance hard to quantify. The staffing shortage is having a major impact in many ways. We have recruitment issues across the board, but they're most pronounced in four areas in particular.

The first is access to a French-speaking family physician. Our team of doctors is overwhelmed, so it's getting harder and harder for our patients to get timely access to their physician. More doctors wouldn't hurt.

Second, it's very difficult to operate our walk-in clinic properly. According to our operating model, our walk-in clinic has to be staffed by nurse practitioners. We haven't been able to fill the positions required to operate the walk-in clinic, so we have to close it a few days a week. Our walk-in clinic plays an important role in our centre.

Third, demand for psychological care has increased significantly, so we need to expand our offering.

In Manitoba, it's very hard to find clinical psychologists or any mental health professionals who speak French.

Lastly, we have trouble finding administrative assistants who can perform well in the health care environment. This has a direct impact on how clients are received at the centre and on how their care is managed.

We've already taken several steps and are doing what we can to recruit people. The centre is very important, of course, but it's not huge.

Saint-Vital est en partie anglophone, nous devons offrir nos services dans les deux langues officielles.

Notre clientèle est stabilisée depuis quelques années, à 70 % francophone et 30 % anglophone.

Ce n'est un secret pour personne qu'il y a généralement une pénurie de professionnels de la santé, un problème qui d'ailleurs s'est accentué depuis la pandémie. Cependant, pour nous qui œuvrons en situation minoritaire, le problème est encore plus marqué. Le centre n'est pas nécessairement plus gros que les autres établissements de soins primaires à Winnipeg : nous avons une douzaine de médecins de famille, 8 infirmières et infirmiers praticiens, 10 infirmières et infirmiers en soins primaires et plusieurs autres professionnels de la santé communautaire, comme une psychologue, un travailleur social, une pharmacienne, etc. À cela s'ajoutent notre équipe de direction et notre équipe d'adjointes administratives et adjoints administratifs, ce qui nous fait un total d'environ 80 employés.

En raison de sa mission, le centre, qui traverse les frontières de Winnipeg, a une importance difficile à mesurer et la pénurie de personnel a sur lui des impacts majeurs. Les défis de recrutement se situent à tous les niveaux, mais sont ressentis davantage à quatre endroits en particulier.

D'abord, sur le plan de l'accès à un médecin de famille francophone. Notre équipe de médecins est débordée. Il devient donc de plus en plus difficile pour notre clientèle d'avoir accès rapidement à leur médecin. Un plus grand nombre de médecins ne pourrait pas nuire.

Ensuite, il est très difficile de faire fonctionner correctement notre clinique sans rendez-vous. Selon notre modèle d'opération, notre clinique sans rendez-vous doit être opérée par des infirmières praticiennes et infirmiers praticiens. Nous n'arrivons pas à pourvoir les postes nécessaires à son fonctionnement, ce qui nous oblige à fermer la clinique sans rendez-vous quelques jours par semaine. Notre clinique sans rendez-vous joue un rôle important dans notre centre.

De plus, les demandes en soins psychologiques ont grandement augmenté et nous devons accroître notre offre.

Au Manitoba, il est très difficile de trouver des psychologues cliniciennes et cliniciens et même tout simplement des professionnels en santé mentale d'expression française.

Finalement, il nous est aussi difficile de trouver des adjointes administratives et adjoints administratifs capables de travailler efficacement dans le milieu de la santé. Ceci a des impacts directs dans l'accueil des clients au centre et dans la gestion de leurs soins.

Nous avons déjà pris plusieurs mesures et nous essayons de faire du recrutement à notre échelle. Bien sûr, le centre est très important, mais il n'est pas énorme.

To address some of these difficulties, we're hoping for systemic solutions that are broader in scope than the centre's mission.

None of these solutions are novel, but it's important to name them. I'll go through the solutions we think are very important.

The first is education and training. We need more French-speaking health care professionals to be trained in Manitoba and in Canada in general. Many of the recruitment problems we face could be solved with additional support for the Université de Saint-Boniface, Western Canada's only French-language university. There are francophone campuses in Western Canada, but ours is the only francophone university.

As my colleague said, we don't have a medicine program, but we do have psychology and nursing programs; we also have professional studies programs that train administrative assistants to work in health care.

It might make sense to facilitate all of these things nationally, especially physician training, and to allow greater mobility within Canada so people can be trained elsewhere and then come back to Manitoba.

The second is credential recognition. This has been discussed. I know it's nothing new. Obviously, Manitoba's French-speaking population is becoming more and more diverse. That's obviously because we have a growing number of immigrants here, which is a very good thing for diversity. Some of these immigrants have health care training and were working in the field before coming to Canada.

For one thing, we must make it easier for these people to get up to speed so they can get back to work in health care. What our centre needs most is nurses. For another, we need to check with professional associations to see if their requirements, which may be overly stringent, are depriving us of a valuable workforce.

Third is promoting and recognizing the use of French in health care. We know that many French-speaking individuals who received health care training in Manitoba do not work in designated bilingual or francophone positions. I know that about 60% of designated bilingual in Winnipeg positions are filled, so that means 40% of those positions are vacant.

**The Chair:** Please wrap up, sir.

**Mr. Cantin-Brault:** Sorry, I was done.

**The Chair:** Okay. You can say more during questions and answers.

Évidemment, on aimerait trouver des solutions systémiques qui se situent au-delà de la mission du centre, afin de pouvoir régler certaines de nos difficultés.

Les solutions sont classiques, mais elles sont importantes à nommer. Voici ce qui nous semble être des solutions très importantes.

Premièrement, l'éducation et la formation. Il est essentiel que plus de professionnels de la santé d'expression française soient formés au Manitoba et au Canada en général. Dans notre cas, pour plusieurs des problèmes de recrutement que nous avons, cela peut passer par une aide additionnelle à l'Université de Saint-Boniface, qui est la seule université francophone de l'Ouest canadien. Il y a des campus francophones dans l'Ouest canadien, mais nous sommes la seule université francophone.

Comme ma collègue l'a déjà mentionné, nous n'offrons pas de programme de médecine, mais nous avons un programme en psychologie et un programme en soins infirmiers; nous avons aussi des programmes d'études professionnelles qui permettent de former plus d'adjointes administratives et d'adjoints administratifs en santé.

Il pourrait aussi être utile de faciliter tous ces éléments à l'échelle nationale, surtout pour la formation des médecins, et assurer une plus grande mouvance au Canada, pour qu'ils puissent être formés pour revenir ensuite au Manitoba.

Deuxièmement, il y aurait la reconnaissance des acquis; on en a déjà discuté, je sais que ce n'est pas nouveau. Évidemment, la population d'expression française au Manitoba se diversifie de plus en plus. C'est évidemment parce que nous avons de plus en plus de personnes immigrantes chez nous, ce qui est une très bonne chose pour la diversité. Ces personnes immigrantes ont parfois une formation en santé et travaillaient d'ailleurs dans ce milieu avant d'arriver au Canada.

Il est impératif, d'une part, de permettre à ces personnes de se mettre plus facilement à niveau pour retravailler dans le milieu de la santé. Pour notre centre, on pense surtout aux infirmières et infirmiers. D'autre part, il faudrait vérifier auprès des ordres professionnels si leurs exigences parfois excessives ne nous privent pas d'une main-d'œuvre précieuse.

Troisièmement, la valorisation de l'expression française en santé. Nous savons qu'un bon nombre de personnes d'expression française formées en santé au Manitoba n'occupent pas un poste désigné bilingue ou francophone. Je sais qu'à Winnipeg, les postes désignés bilingues sont pourvus à environ 60 %, donc 40 % des postes sont vacants.

**Le président :** Monsieur, je vais vous demander de conclure.

**M. Cantin-Brault :** J'avais terminé, pardon.

**Le président :** C'est bon. Vous pourrez continuer durant la période des questions et réponses.

Thank you for your testimony. We'll move on to questions, and I'll give the floor to the vice-chair, Senator Poirier.

**Senator Poirier:** I want to thank the three of you for being with us this evening. My question is for all three witnesses.

Dr. Leduc, in your opening remarks, you said that not only are there not enough people to fill all the positions, but also many people are leaving or will soon be leaving the profession. It wasn't clear if their departure is due to age or other reasons.

Aside from recruitment and staffing, are there any other challenges you're facing? How might the federal government help overcome these challenges?

Something happened last week that really made me aware of the situation. I'm from New Brunswick, where the population is between 30% and 33% francophone. Something happened to me last week, and I had the opportunity to speak with people working in the field. They told me that one of the big problems is that there are more vacancies every year than there are graduates to fill those positions. So, there's a real challenge there. For example, there's a clinic that's open from 8 a.m. to noon, but they have to close it at 9 a.m., because there's only one person on and the waiting room is full; they know they can't take any more patients.

Some days, they can't offer X-ray appointments because they have no staff and the staff they do have need to be available for emergencies.

What I asked them, and what I'm asking you, is this: Is there any recruitment going on in schools to encourage young people to pursue their studies in health care? The people I talked to couldn't answer because that's not the level [*Technical difficulty —Editor*] working on it, but they did say that they know the population is still growing, but for other reasons, whereas for those of us in a minority community, it's still shrinking.

One of the witnesses who appeared by video conference also pointed out that things have gotten worse since COVID.

Can someone tell me about other challenges you're facing? How might the federal government help you?

**Dr. Leduc:** That's a very complex question. I'll try to untangle it.

Je vous remercie de vos témoignages. Nous allons maintenant passer à la période des questions, et je donne la parole à la vice-présidente, la sénatrice Poirier.

**La sénatrice Poirier :** Merci à vous trois d'être avec nous ce soir. Ma question s'adresse aux trois témoins et les trois peuvent y répondre.

Docteur Leduc, quand vous avez fait vos remarques liminaires, vous avez mentionné que non seulement il y avait un manque de personnel pour combler tous les postes, mais que beaucoup de gens qui sont là quittent ou quitteront la profession bientôt. Ce n'était pas clair s'ils sont partis à cause de l'âge ou si c'était pour d'autres raisons.

Mis à part le recrutement et le personnel, est-ce qu'il y a d'autres défis auxquels vous faites face? Comment le gouvernement fédéral peut-il aider à surmonter ces défis?

Quelque chose m'a fait prendre conscience de la situation la semaine dernière. Je viens du Nouveau-Brunswick, où nous avons entre 30 et 33 % de francophones. La semaine dernière, il m'est arrivé quelque chose et j'ai eu l'occasion de parler avec des gens qui travaillent dans le milieu et qui m'ont répondu que l'un des gros problèmes qu'ils ont, c'est qu'il y a plus de postes ouverts chaque année qu'il y a de diplômés pour occuper ces postes. Donc, il y a vraiment un défi à relever de ce côté, au point où il y a une clinique qui ouvre à 8 heures jusqu'à midi, mais ils doivent déjà la fermer à 9 heures, parce qu'il n'y a qu'une seule personne qui y travaille et que la salle est pleine; ils savent qu'ils ne peuvent pas prendre d'autres patients.

Pour les radiographies, il y a des journées où ils ne peuvent pas donner de rendez-vous en radiographie à cause de la pénurie et parce que le personnel doit être là pour les urgences.

Je leur ai posé la question, et je vous la pose également : est-ce qu'il y a du recrutement qui se fait dans les écoles pour encourager les jeunes à étudier en santé? Ceux qui étaient là n'avaient pas la réponse, parce que ce n'était pas au niveau [Difficultés techniques] qui travaillent là-dessus, mais ils ont mentionné qu'ils réalisent que la population s'accroît toujours, mais pour d'autres raisons, alors que pour nous qui sommes en situation minoritaire, cela diminue toujours.

Un témoin en vidéoconférence l'a mentionné également : la situation est pire depuis la COVID.

Est-ce que quelqu'un pourrait me parler des autres défis que vous avez? Comment le gouvernement fédéral peut-il vous aider?

**Dr Leduc :** Votre question est très complexe et je vais essayer de la démêler.

This was all foreseeable, but the pandemic threw everything out of whack. After 30 years of poor public policy and planning, we saw it coming. My hope is that we won't have another 30 years of bad public policy and health care planning.

In the late 1980s, people were sent into retirement; in the 1990s, there were fewer admissions, because we had enough doctors. The people in charge failed to consider a number of things, such as the fact that the new generation would never want to work as hard as the older generation — and rightly so.

An old doctor retiring today had 2,000 to 3,000 patients. New doctors only want to take on 800 to 1,000. That means it takes two or even three doctors to replace one doctor.

This was all predictable. Multiple reports sounded the alarm. Recommendations were not followed. You're right, there's a mismatch between the needs of the population and the number of people admitted to programs.

Now, we've got some catching up to do, because the pandemic collapsed the house of cards. We were heading straight for a wall; the pandemic just brought it closer, and we crashed right into it. We need to make up ground.

The Montfort Hospital has some initiatives. One is the FOCUS program, which sparks high schoolers' interest by bringing them to the hospital to spend some time with health care workers. The University of Ottawa's Faculty of Medicine has a Mini Medical School, which offers courses to raise awareness and familiarize students with the field. However, there's still a lot of work to be done in this regard.

**Mr. Pilon:** I'll speak to working with post-secondary institutions in the regions. We definitely do this. We work with Collège Boréal and Laurentian University. There are a lot of internships. We're also working with the newly created Northern Ontario School of Medicine University, of course.

Getting back to my central point, the challenge is that many francophones no longer want to work in French. These people are clearly francophones, but during the hiring process, they don't present themselves as francophones, and they lack confidence in their language skills. Even if they're trained at Collège Boréal and then at HSN five years later, they're not necessarily capable of serving people in French. Since doing so requires more work with no incentive, it's not always to their advantage to do so.

Tout cela était prévisible, mais les choses ont été complètement déséquilibrées avec l'arrivée de la pandémie. On avait peur que cela arrive, car c'est le résultat de 30 années de mauvaise planification politique et publique. Ce que j'ose espérer, c'est qu'on n'ait pas encore 30 années de mauvaises politiques publiques et de planification des services de santé.

À la fin des années 1980, on a envoyé des gens à la retraite; dans les années 1990, on a réduit les admissions, parce qu'on avait assez de médecins, et on n'a pas pris en considération plusieurs éléments, comme le fait que la nouvelle génération ne voudrait jamais travailler aussi fort — et avec raison — que l'ancienne génération.

Un vieux médecin qui prend sa retraite aujourd'hui avait 2 000 à 3 000 dossiers, et les nouveaux médecins ne veulent prendre que 800 à 1 000 dossiers. Donc, pour remplacer un médecin, cela en prend deux et même trois.

Tout cela était prévisible et de multiples rapports ont été publiés pour lancer des signaux d'alarme. Plusieurs recommandations n'ont pas été suivies. Vous avez raison, il n'y a pas d'arrimage entre les besoins de la population et les gens qui sont admis à la formation.

Aujourd'hui, on a du rattrapage à faire, parce que la pandémie a fait s'écrouler le château de cartes. On se dirigeait droit vers un mur; la pandémie n'a fait que le rapprocher et on est rentré dedans. Il faut donc reprendre cet élément.

L'Hôpital Montfort a des initiatives. Par exemple, nous avons le programme FOCUS, où des étudiants de niveau secondaire sont invités à venir à l'hôpital passer un peu de temps avec les travailleurs de la santé pour susciter chez eux un intérêt. À la Faculté de médecine de l'Université d'Ottawa, on a la miniécole de médecine qui offre des cours pour sensibiliser et familiariser les élèves au domaine. Il reste toutefois beaucoup de travail à faire à cet égard.

**M. Pilon :** Je répondrai à la question de savoir si nous travaillons avec les institutions postsecondaires de la région en disant que nous le faisons assurément. Nous travaillons avec le Collège Boréal et l'Université Laurentienne. Il y a beaucoup de stages. Nous travaillons bien sûr avec l'université nouvellement créée de l'École de médecine du Nord de l'Ontario.

Pour revenir à ma thèse, le défi est que plusieurs francophones ne veulent plus travailler en français. Ces personnes sont manifestement francophones, mais lors du processus d'embauche, elles ne se présentent pas comme francophones et elles sont marquées par une certaine insécurité linguistique. Même si elles suivent leur formation au Collège Boréal et, cinq ans plus tard, à HSN, elles ne sont pas nécessairement en mesure d'offrir des services en français. Étant donné que cela requiert plus de travail sans qu'il y ait d'incitatifs, il n'est pas toujours à leur avantage de le faire.

**Mr. Cantin-Brault:** I agree. We don't have a problem with opening hours. We don't have to cut jobs, except in the walk-in clinic. Our centre is always at max capacity. We actually need a second site. The main problem is the lack of appreciation and funding for French-language health care. We're practically penalized for working in French in a French-speaking community, because we have to do more work and our resources are stretched. That's why a lot of people don't disclose that they're francophone. As Dr. Leduc mentioned, we're going to come face to face with a number of problems in the near future. French-speaking doctors will soon be retiring, and we'll probably have to take over their roster, and that's going to hit us hard.

**Senator Poirier:** Could new technologies help bridge the gap until we catch up? Have you used these new technologies to connect with people via video conferencing or a site that does translation? Are your institutions doing this now?

**Dr. Leduc:** Regarding translation, the pandemic accelerated the adoption of new technologies and virtual care. Previously, people were talking about it, and the platforms existed, but the funding wasn't there. Out of necessity and urgency, people turned to virtual care, and it'll be tough to turn back the clock and withdraw those services altogether.

The question now is whether funding will be maintained. I said earlier that the provinces have a role to play. Does the federal government have a role to play in setting up a pan-Canadian virtual care network to support people in minority language communities? At the end of the day, there are only so many people available to do the job. It all depends on what gets support and how people are encouraged to move in the right direction. The technology exists. Remuneration is a big part of the problem. For example, professionals are paid on a fee-for-service basis; they're not salaried. So, for example, if I'm not paid to do a certain task, even if it's for the good of the public and society, I won't do it, because I'm not paid to do it. This area isn't under federal jurisdiction, but it's important to look at changing the way professionals practise so they can deliver care with the technology that exists in 2024.

**Mr. Pilon:** For a while during the pandemic, there was an online emergency clinic. This project was led by a French-speaking physician at Health Sciences North. The service was available in both languages, and I used it myself.

**M. Cantin-Brault :** J'abonde dans le même sens. Nous n'avons pas de problème d'ouverture. Nous n'avons pas à supprimer des postes, à part à la clinique sans rendez-vous. Notre centre est toujours à pleine capacité. On aurait même besoin d'un deuxième site. Le problème est surtout la non-valorisation du travail en santé francophone. On est presque pénalisé de travailler en français en milieu francophone, car on doit accomplir plus de tâches et on étire nos ressources. Il y a donc plein de gens qui ne s'identifient pas comme francophones. Comme le Dr Leduc l'a mentionné, nous devrons faire face à certains problèmes d'ici peu. Des médecins francophones prendront bientôt leur retraite et nous devrons probablement reprendre leur clientèle, ce qui nous donnera un gros coup.

**La sénatrice Poirier :** Les nouvelles technologies pourraient-elles aider à combler l'écart d'ici à ce qu'on rattrape le temps perdu? Avez-vous utilisé ces nouvelles technologies pour rejoindre les personnes par vidéoconférence ou avec un site qui pourrait faire de la traduction? Est-ce que cela se fait dans vos institutions à l'heure actuelle?

**Dr Leduc :** Pour ce qui est de la traduction, la pandémie a été un accélérateur important pour l'adoption de nouvelles technologies et de soins virtuels. Auparavant, on en parlait, les plateformes existaient, mais le financement n'y était pas. Or, par nécessité et par urgence, les gens se sont tournés vers les soins virtuels et il sera maintenant difficile de faire marche arrière et de retirer complètement ces services.

La question maintenant est de savoir si les investissements seront maintenus. Je disais plus tôt que les provinces ont un rôle à jouer. Est-ce que le gouvernement fédéral a un rôle à jouer pour instaurer un réseau pancanadien de soins virtuels pour les communautés linguistiques en situation minoritaire afin d'appuyer ces gens? Au bout du compte, le nombre de personnes est limité pour faire ce travail. Tout dépend de ce que l'on favorise et des manières d'inciter ces gens à aller dans la bonne direction. La technologie existe. Beaucoup de barrières sont en lien avec la rémunération où, par exemple, les professionnels sont payés à l'acte plutôt que d'être à salaire. Cela fait en sorte, par exemple, que dans le cas d'un acte pour lequel je ne suis pas rémunéré, même si c'est bon pour le public et la société, je ne le ferai pas, parce que je ne suis pas rémunéré pour le faire. Ce domaine n'est pas de compétence fédérale, mais il s'agit de voir comment modifier les façons de pratiquer pour que les professionnels puissent offrir des soins avec la technologie qui existe en 2024.

**M. Pilon :** Durant la pandémie, une clinique d'urgence en ligne a été ouverte pendant un certain temps. Ce projet a été mené par un médecin francophone à Horizon Santé-Nord. Le service était offert dans les deux langues et je l'ai moi-même utilisé.

Where technology also comes into play is with interpretation services. We have access to video conferencing interpretation services, but it's not my preferred way to deliver care in French. It's great if, for example, we have a tourist who speaks only Dutch, since we're not obligated to serve them in that language. When it comes to delivering care in French, I'm concerned that something could be lost in the interaction with health care professionals to the extent that the connection is mediated by technology. People who speak to their health care professionals face to face feel more comfortable asking questions and end up understanding their care plan better and getting better results.

Yes, these tools are useful, but they're last-resort solutions, and I wouldn't want us to go that way in the future.

**The Chair:** Mr. Cantin-Brault, do you have anything to add about the use of new technologies?

**Mr. Cantin-Brault:** We're probably starting to head in that direction, but we're at a very embryonic stage. Again, health is a community thing that's tied to where people are. It would probably be a good idea to have a pan-Canadian program, but folks need to be able to talk to people they trust, people who understand their issues where they are.

**Senator Moncion:** Dr. Leduc, in your opening remarks, you talked about the importance of capturing language and gender. I believe you said that gender is captured, but language isn't, necessarily. Can you explain the impact of not capturing language?

**Dr. Leduc:** Once you invest in research and the research is done, you can use the results of that research and drill down into different characteristics. People have to do the gymnastics of finding the percentage of francophones. Asking "what is your mother tongue?" for any health research protocol funded by the Canadian Institutes of Health Research seems to me, naively perhaps, disconcertingly simple.

At the time, an official languages committee had been abolished, because it was thought that things would happen horizontally and transversally for each of the research pillars and at CIHR. But we know what happens then: There is no focus and things don't happen.

Another factor: French-speaking researchers feel very uncomfortable. The percentage of research grants awarded for applications written in French is well below the majority. Researchers are therefore encouraged to present their projects in

Là où la technologie entre aussi en jeu, c'est dans les services d'interprétation. On a accès à des services d'interprétation par vidéoconférence, mais ce n'est pas un service que je privilégie pour les soins en français. Ce service est génial, par exemple, si on a un touriste qui ne parle que le néerlandais, puisque nous n'avons pas l'obligation de le servir dans cette langue. Pour ce qui est des soins en français, je crains que quelque chose ne se perde dans l'interaction avec les professionnels de la santé dans la mesure où le lien dépend de cette technologie. Les gens qui s'adressent directement à leurs professionnels de la santé se sentent plus à l'aise de poser des questions et finissent par mieux comprendre leur programme de soins et obtenir de meilleurs résultats.

Oui, ces moyens sont utiles, ce sont des solutions de dernier recours, mais ce n'est pas la voie que j'aimerais nous voir prendre à l'avenir.

**Le président :** Monsieur Cantin-Brault, aviez-vous quelque chose à ajouter par rapport à l'utilisation des nouvelles technologies?

**M. Cantin-Brault :** Nous allons probablement nous diriger un peu dans cette direction, mais nous en sommes à un stade très embryonnaire. Encore une fois, la santé, c'est une chose communautaire qui est liée à l'endroit où l'on se trouve. Ce serait probablement une bonne idée d'avoir un programme pancanadien, mais il faudrait pouvoir s'adresser à des personnes en qui on a confiance et qui comprennent nos enjeux selon l'endroit où l'on se trouve.

**La sénatrice Moncion :** Docteur Leduc, dans votre discours liminaire, vous avez parlé de l'importance de la capture de la langue et du genre. Vous avez dit, je crois, que la capture du genre est faite, mais pas nécessairement la capture de la langue. Pouvez-vous nous expliquer quel est l'impact du fait qu'on ne fait pas la capture de la langue?

**Dr Leduc :** Une fois qu'on investit en recherche et que la recherche est menée, on peut utiliser les résultats de cette recherche et les approfondir en fonction des différentes caractéristiques. Les gens doivent faire la gymnastique de trouver le pourcentage de francophones. Demander « quelle est votre langue maternelle? » pour tout protocole de recherche en santé financé par les Instituts de recherche en santé du Canada me semble, naïvement peut-être, d'une simplicité déconcertante.

À l'époque, un comité sur les langues officielles avait été aboli, car on se disait que les choses allaient se passer de façon horizontale et transversale pour chacun des piliers en recherche et aux IRSC. Or, on sait alors ce qui arrive : il n'y a plus de focus et les choses ne se produisent pas.

Autre facteur : les chercheurs francophones se sentent très mal à l'aise. Le pourcentage de subventions accordées en recherche pour les demandes rédigées en français est nettement inférieur à la majorité. On incite donc les chercheurs à présenter leur projet

English. This phenomenon is probably due to the fact that expert panels are not capable of making an assessment, or that there is a lack of personnel to make such assessments in research. Several years ago, the CIHR required researchers to collect gender demographic data in research projects. I find it hard to understand why the same cannot be done for mother tongue.

**Senator Moncion:** Is there a funding issue, so that if we don't collect the language data, we take it for granted that there aren't that many francophones? So we don't have the statistics, whereas if we did, we'd be able to say that there are a lot of francophones using the services? All this is now lost in the maze of two languages and we don't attach any importance to this factor?

**Dr. Leduc:** It's hard for me to tell you what the rationale behind this is. Of course, it doesn't help that we don't have the data. You can't improve what you don't measure. If we don't measure, is it an oversight, negligence or is it intentional, because we don't want to see the results? We spoke earlier about the OZi portal, which was developed in Ontario. At that time, there was leverage, because with local health integration networks, the designation plan had to be updated.

So, instead of doing it in an Excel file, we did it in an online file. This made it possible to identify the designated positions. It didn't necessarily mean that there was someone with the requisite language ability sitting in that chair, but with OZi, if you were looking for early childhood language services in such-and-such a zip code, we could tell you there weren't any, and we were able to make that match.

This has been repatriated by the province, and we don't know exactly how this data is used. Once this data is public, it's hard not to act. Maybe it's better to control the data to make sure it's not available.

I don't want to lend intent to governments or people who make public policy. But I come back to the principle: The federal government gives grants to do health research where no linguistic data is collected; in my opinion, this is an aberration.

Denis Prud'homme, who was my mentor on this side, used to tell me that for research to be valid, there has to be a slight overrepresentation in terms of sampling. So, if there's 2% of the population, you collect the data, but no candidate qualifies, you have to go a little higher.

en anglais. Ce phénomène est probablement attribuable au fait que les groupes d'experts ne sont pas capables de faire une appréciation ou qu'il manque de personnel pour faire ces appréciations en recherche. Il y a plusieurs années, les IRSC ont obligé les chercheurs à faire la collecte de données démographiques du genre dans les projets de recherche. Je comprends mal pourquoi il n'en est pas de même pour la langue maternelle.

**La sénatrice Moncion :** Y a-t-il une question de financement, à savoir que si on ne collecte pas les données sur la langue, on tient pour acquis qu'il n'y a pas tant de francophones? On ne dispose donc pas des statistiques, alors que si on les avait, on serait en mesure de dire qu'il y a un grand nombre de francophones qui utilisent les services? Tout cela est maintenant perdu dans le dédale des deux langues et on n'attache pas d'importance à ce facteur?

**Dr Leduc :** Il m'est difficile de vous dire quelle est la justification derrière tout cela. Bien sûr, le fait de ne pas disposer de ces données n'aide pas. On ne peut pas améliorer ce qu'on ne mesure pas. Si on ne mesure pas, est-ce un oubli, de la négligence ou est-ce intentionnel, parce qu'on ne veut pas voir les résultats? On a parlé plus tôt du portail OZi, qui a été développé en Ontario. À ce moment-là, il y avait un levier, car avec les réseaux locaux d'intégration de la santé, il fallait mettre le plan de désignation à jour.

Donc, au lieu de le faire dans un fichier Excel, on l'a fait dans un fichier en ligne. Cela permettait de connaître les postes désignés. Cela ne veut pas nécessairement dire qu'il y avait quelqu'un qui avait la capacité linguistique requise qui était assis sur cette chaise, mais avec OZi, si vous cherchiez des services à la petite enfance en matière de langage dans tel code postal, on pouvait vous dire qu'il n'y en avait pas, et on était capable de faire cet arrimage.

Cela a été rapatrié par la province, et on ne sait pas exactement comment ces données sont utilisées. Une fois que ces données sont publiques, il est difficile de ne pas agir. C'est peut-être mieux de contrôler les données afin de s'assurer qu'elles ne sont pas disponibles.

Je ne veux pas prêter d'intention à des gouvernements ou à des gens qui font de la politique publique. Mais je reviens sur le principe : le fédéral accorde des subventions pour faire de la recherche en santé où on ne collecte pas de données linguistiques; à mon avis, c'est une aberration.

Denis Prud'homme, qui était mon mentor de ce côté, me disait que pour que la recherche soit valable, il doit y avoir une légère surreprésentation quant à l'échantillonnage. Donc, s'il y a 2 % de la population, que l'on collecte les données, mais qu'aucun candidat ne se qualifie, il faut aller un peu plus haut.

It certainly requires effort and is more difficult for researchers, but the benefit that could be gained from the data and how to interpret it to use this information that's already there, in my opinion, is well worth the inconvenience.

**Senator Moncione:** Thank you.

**The Chair:** May I ask a follow-up question?

**Senator Moncione:** As long as you don't encroach on my speaking time.

**The Chair:** No, I'll keep your time intact.

What I understand is that in federal health transfers to the provinces and territories, there should be an obligation on the part of the provinces and territories to provide evidence to the federal government. In other words, should this be done through language clauses in agreements, for example? Is this your vision of how we could help solve this challenge to obtain evidence?

**Dr. Leduc:** Data from Statistics Canada are used that produce this element. In my opinion, there are much more robust mechanisms that could collect this data.

The one proposed by the Alliance des réseaux, in Ontario, is the collection made when the health insurance card is renewed.

It's important to understand that a francophone who goes to an emergency room in Ottawa, whether in Montfort or elsewhere — in Montfort, there's greater security, because they'll be served in French — has to decide whether to ask for services in French or English. Francophones are afraid, when they're vulnerable, to ask for services in French, for fear that they won't be accessible, that they'll have to wait longer, or that the services will be of lower quality.

The language in which you want to be served isn't necessarily a good indicator of whether the person is French-speaking or not, whereas when we're at home filling out our health care card form, we're not stressed or in a vulnerable situation. When we mention our mother tongue — and in Ontario, according to the inclusive definition, if it's not French or English, we have to use French at home — at that point, we'd be able to.... We could have this data after five years, once the renewal cycle has been completed. This is a proposal that the Assemblée de la francophonie de l'Ontario has been making since 2010 for Ontario. Again, mother tongue is something that all provinces capture on their health cards; from there, we could collect demographic data on utilization and type of service; at least we'd have reliable data.

C'est certain que cela exige des efforts et que c'est plus difficile pour les chercheurs, mais le bénéfice qu'on pourrait en retirer du côté des données et de la façon de les interpréter pour utiliser cette information qui est déjà là, à mon avis, vaut bien le dérangement.

**La sénatrice Moncione :** Merci.

**Le président :** Puis-je poser une question complémentaire?

**La sénatrice Moncione :** Tant que vous n'empiétez pas sur mon temps de parole.

**Le président :** Non, je vais garder votre temps de parole intact.

Ce que je comprends, c'est que dans les transferts fédéraux en santé vers les provinces et les territoires, il devrait y avoir une obligation, de la part des provinces et des territoires, de fournir des données probantes au gouvernement fédéral. En d'autres mots, est-ce que cela devrait se faire par le biais de clauses linguistiques dans les ententes, par exemple? Est-ce votre vision de la façon dont on pourrait aider à solutionner ce défi pour obtenir des données probantes?

**Dr Leduc :** On utilise des données de Statistique Canada qui donnent cet élément. À mon avis, il y a encore des mécanismes beaucoup plus robustes qui pourraient permettre de collecter ces données.

Celui que propose l'Alliance des réseaux, en Ontario, c'est la collecte effectuée lors du renouvellement de la carte d'assurance-maladie.

Il faut comprendre qu'un francophone qui se présente dans une salle d'urgence à Ottawa, que ce soit à Montfort ou ailleurs — à Montfort, il y a une plus grande sécurité, parce qu'on va le servir en français —, doit décider s'il veut demander des services en français ou en anglais. Les francophones ont peur, quand ils sont vulnérables, de demander des services en français, de peur qu'ils ne soient pas accessibles, qu'ils doivent attendre plus longtemps ou que les services seront de moindre qualité.

La langue dans laquelle vous voulez être servi n'est pas nécessairement un bon indicateur pour déterminer si la personne est francophone ou non, alors que lorsqu'on est à la maison et que l'on remplit notre formulaire de carte d'assurance-maladie, on n'est pas stressé ni en situation vulnérable. Quand on mentionne notre langue maternelle — et en Ontario, selon la définition inclusive, si ce n'est pas le français ni l'anglais, il faut qu'on utilise le français à la maison —, à ce moment-là, on serait capable... On pourrait avoir ces données après cinq ans, une fois que le cycle de renouvellement se fait. C'est une proposition que l'Assemblée de la francophonie de l'Ontario a faite depuis 2010 pour l'Ontario. Encore là, la langue maternelle est une donnée que toutes les provinces saisissent sur leur carte d'assurance-maladie; à partir de là, on pourrait recueillir des données

démographiques sur l'utilisation et le genre de service; au moins, on aurait des données fiables.

**The Chair:** Thank you, Dr. Leduc.

**Senator Moncion:** I like the complementarity of your question, Mr. Chair.

I'll have questions for the other two witnesses, but I have another question for Dr. Leduc. You mentioned that 4.7 million Canadians don't have access to a family doctor. I'd like to know what impact this has on hospitals.

**Dr. Leduc:** In light of this, the hospital becomes a resource of last resort, and this increases emergency room traffic, because there is no availability.

It's also sad to see people who need medical follow-up, like diabetics, losing their doctors. Doctors have to retire at some point, and when they do, there's no one to take over. Nobody buys a medical practice these days, because the demand is just too great. Many patients become orphans as doctors retire. There's a crisis in Sault-Saint-Marie, where a dozen doctors are leaving.

These are scenarios that are happening all over Canada. People can turn to nurse practitioner clinics, but there aren't enough of them. No flying saucers are going to arrive with hundreds of thousands of health care workers tomorrow morning. Yes, we can train them, but a nurse takes four to five years to train; a doctor, a minimum of six years; specialists, ten years. If we don't think about what's coming in here and what's going out there, and what the needs are, we're going to miss the boat and we're going to keep missing the boat.

**Senator Moncion:** It makes you wonder if this was done on purpose.

I think I'm running out of time, but I can come back to this in the second round.

**Senator Mégie:** My question is for Dr. Leduc. In your opening remarks, you mentioned an organization that could recruit health professionals in refugee camps. Has this ever been done? If so, has there been any success, given the obstacles these professionals face anyway when they set foot in the territory, with colleges of physicians or nursing faculties, for example?

**Dr. Leduc:** It's a much more complex problem, because it takes a village to accommodate these people. It's not just about finding someone a job, but you have to find the whole social support process to do it.

**Le président :** Merci, docteur Leduc.

**La sénatrice Moncion :** J'aime la complémentarité de votre question, monsieur le président.

J'aurai des questions pour les deux autres témoins, mais j'ai une autre question pour le Dr Leduc. Vous avez mentionné que 4,7 millions de Canadiens n'ont pas accès à un médecin de famille. J'aimerais connaître l'impact que cela a sur les hôpitaux.

**Dr Leduc :** L'hôpital devient, à ce moment-là, une ressource de dernier recours, et cela augmente l'achalandage en salle d'urgence, parce qu'il n'y a pas de disponibilité.

C'est triste aussi de voir des gens qui ont besoin de suivi médical, comme les diabétiques, et qui perdent leur médecin. Les médecins doivent prendre leur retraite à un moment donné, et là, il n'y a plus de relève à qui céder les dossiers. Personne aujourd'hui n'achète de pratique médicale, car la demande est trop forte. Beaucoup de patients deviennent orphelins parce que les médecins prennent leur retraite. Il y a une crise à Sault-Saint-Marie, où une dizaine de médecins partent.

Ce sont des scénarios qui se reproduisent un peu partout au Canada. Les gens peuvent se tourner vers les cliniques d'infirmières praticiennes, mais il n'y en a pas assez. Il n'y a pas de soucoupes volantes qui vont arriver avec des centaines de milliers de travailleurs de la santé demain matin. Oui, on peut les former, mais une infirmière, ça prend quatre à cinq ans à former; un médecin, un minimum de six ans; les spécialistes, c'est dix ans. Si on ne pense pas à voir ce qui rentre ici et ce qui sort là-bas, et quels sont les besoins, on va manquer le bateau et on va continuer de manquer le bateau.

**La sénatrice Moncion :** C'est à se demander si ce n'est pas fait exprès.

Je crois que je manque de temps, mais je pourrai revenir au deuxième tour.

**La sénatrice Mégie :** Ma question s'adresse au Dr Leduc. Vous avez parlé, lors de vos remarques préliminaires, d'un organisme qui pouvait recruter des professionnels de la santé dans les camps de réfugiés. Est-ce que cela s'est déjà fait? Si oui, y a-t-il eu un peu de succès, compte tenu des obstacles auxquels ces professionnels doivent faire face, de toute façon, lorsqu'ils mettent le pied sur le territoire, avec les collèges des médecins ou les facultés des sciences infirmières, par exemple?

**Dr Leduc :** C'est un problème beaucoup plus complexe, parce que cela prend un village pour accueillir ces gens. Il ne s'agit pas juste de trouver un emploi à quelqu'un, mais il faut trouver tout le processus d'appui social pour le faire.

When I left Montfort, we were working with this organization to get a few people back into non-regulated positions where, at the time, we didn't need to get prior learning assessment. It doesn't solve the problem on the medical side, for nurses and health professionals, but we wanted to give it a try and see what the process would be like, and if we'd be successful. It seems to me an excellent solution on a global scale. These people were professionals before, and now they're in tents somewhere. Are we able to reach out and get them out, rather than cannibalizing other jurisdictions that also need their health care workers?

Lorsque j'ai quitté Montfort, on travaillait avec cet organisme pour faire revenir quelques personnes dans des postes non réglementés où, à ce moment-là, on n'avait pas besoin d'obtenir la reconnaissance des acquis. Cela ne règle pas le problème du côté médical, des infirmières et des professionnels de la santé, mais on voulait tenter notre chance pour connaître le processus, voir comment ça se passerait et si on aurait du succès. Cela me semble une excellente solution à l'échelle mondiale. Ces gens étaient des professionnels auparavant, et ils sont maintenant dans des tentes quelque part. Est-ce qu'on est capable de leur tendre une perche et de les sortir de là, plutôt que d'aller cannibaliser d'autres administrations qui, elles aussi, ont besoin de leurs travailleurs de la santé?

**Senator Mégie:** We've been talking about enhancing the value of the profession of family doctor for a long time. I've been hearing about it for a long time, and so far, nothing's been done, or it hasn't yielded any results. I'm sure you've thought about this with your colleagues. Are there any solutions, apart from what you said earlier about the plan the federal government might put in place? Are there other elements that would concern peers, the population, that could be put in place to ensure this enhancement?

I can ask the other witnesses to answer for the other health care professionals. What needs to be done if we want their profession to be valued?

**Dr. Leduc:** I don't want to hog the microphone, but I think it's teamwork that people want to see, that we develop models where there's teamwork, and we won't have a choice. What we've had to develop in terms of modifying hospital service provision today to make up for the nursing shortage is going to become the care model of the future, because unfortunately I don't see any movement that allows me to be optimistic that there won't be a shortage or a problem in three years' time. It took 30 years of bad decisions, in my opinion, in terms of public policy, and it will take 30 years of good decisions to fix the problem.

What we're doing now in terms of innovation on the service offer, ways of organizing services with technology and maximizing the practice profile of each of the stakeholders, is probably going to become the model of care that's going to settle in and stay in the future.

**Senator Mégie:** Mr. Pilon, do you have anything to add on this subject?

**Mr. Pilon:** Certainly, the issue of valuing health care professionals is much broader than French-language services. It affects absolutely all our staff. As a result, I'm perhaps not the best person to answer that question.

**La sénatrice Mégie :** Cela fait longtemps que l'on parle de la valorisation de la profession de médecin de famille. Ça fait longtemps que j'en entends parler, et jusqu'ici, il n'y a rien qui se fait ou cela n'a pas donné de résultat. Vous avez sûrement réfléchi à cela avec vos collègues. Y a-t-il des solutions, à part ce que vous avez dit tout à l'heure au sujet du plan que pourrait mettre en place le gouvernement fédéral? Y a-t-il d'autres éléments qui concerneraient les pairs, la population, qu'on pourrait mettre en place pour assurer cette valorisation?

Je peux demander aux autres témoins de répondre pour les autres professionnels de la santé. Par quoi cela doit-il passer si on souhaite valoriser leur profession?

**Dr Leduc :** Je ne veux pas monopoliser le micro, mais je pense que c'est du travail d'équipe que les gens veulent voir, que l'on développe des modèles où il y a un travail d'équipe, et on n'aura pas le choix. Ce qu'on a dû développer dans la modification de l'offre de service à l'hôpital aujourd'hui pour pallier la pénurie de personnel infirmier va devenir le modèle de soins du futur, parce que je ne vois malheureusement pas de mouvement qui me permet d'être optimiste sur le fait qu'il n'y aura plus de pénurie ni de problème dans trois ans. Cela a pris 30 ans de mauvaises décisions, à mon avis, en matière de politiques publiques, et cela prendra 30 ans de bonnes décisions pour régler le problème.

Ce qu'on fait maintenant en matière d'innovation sur l'offre de service, les façons d'organiser les services avec la technologie et de maximiser le profil de pratique de chacun des intervenants, va probablement devenir le modèle de soins qui va s'installer et qui va rester à l'avenir.

**La sénatrice Mégie :** Monsieur Pilon, avez-vous quelque chose à ajouter à ce sujet?

**Mr. Pilon :** C'est sûr que la question de la valorisation des professionnels de la santé est beaucoup plus large que les services en français. Cela touche absolument tout notre personnel. En conséquence, je ne suis peut-être pas la personne la mieux placée pour répondre à cette question.

**Senator Mégie:** Mr. Cantin-Brault, do you have a comment on this matter?

**Mr. Cantin-Brault:** I don't think I'm the right person to discuss this at my level either. However, I'd like to add that our centre puts a lot of emphasis on valuing work in French and showing that working in French is a strength and an asset; we're working on that. We're also part of a research project with the Réseau Compassion Network in Manitoba, Santé en français and other organizations. We're going to conduct a real survey over five years to see what the real needs of the French-speaking population are. We plan to cover French-speaking health professionals. In light of this, we'll have a better idea of how to enhance the professions, but it's a bit too broad for me at my level. Valuing French in the profession is really important. We shouldn't see working in French as a penalty or a problem.

**Senator Aucoin:** I have two questions, but the answer to the first will have to be very short so I can ask my second one.

Did you talk about people who refused or didn't want to declare their bilingualism? Are there any studies on this subject that deal with what you were talking about? Does it come from studies that could be used or is it known in the field?

**Mr. Pilon:** At my level, it's definitely more anecdotal. We have a committee on French-language services that's looking at the issue of language insecurity right now among our health care professionals, because we have a lot of people here who could speak French, but don't feel their level is good enough. That's our theory at the moment. It would have to be the subject of a study.

**Senator Aucoin:** Would it be appropriate to have a study that could clearly and scientifically show what exists and explain why?

**Mr. Pilon:** If we had data and explanations, it would help guide us when trying to solve certain problems.

**Senator Aucoin:** Thank you. If there were something you could do to start turning the tide in the right direction, what do you think the federal government could do as an action? You've listed so many things to do, but where do we start?

**Dr. Leduc:** I'll let my colleagues answer first, if they have any solutions to offer.

**La sénatrice Mégie :** Monsieur Cantin-Brault, avez-vous un commentaire à ce sujet?

**M. Cantin-Brault :** Je ne crois pas non plus être la bonne personne pour en discuter à mon niveau. Cependant, j'aimerais ajouter que notre centre insiste énormément sur la valorisation du travail en français et pour montrer que travailler en français est une force et un atout; on travaille là-dessus. On fait également partie d'un projet de recherche avec le Réseau Compassion Network au Manitoba, avec l'organisme Santé en français et avec d'autres organismes. On va mener une vraie enquête sur cinq ans pour voir quels sont les besoins réels de la population d'expression française. On pense couvrir les professionnels de la santé en français. À la lumière de cela, on aura une meilleure idée des manières de valoriser les professions, mais c'est un peu trop gros pour moi à mon niveau. Valoriser le français dans la profession, c'est vraiment important. Il ne faut pas voir le travail en français comme une pénalité ou un problème.

**Le sénateur Aucoin :** J'ai deux questions, mais la réponse à la première devra être très courte pour que je puisse poser ma deuxième.

Est-ce que vous avez parlé des gens qui refusaient ou qui ne voulaient pas déclarer leur bilinguisme? Est-ce qu'il y a des études à ce sujet qui traitent de ce dont vous avez parlé? Est-ce que cela vient d'études dont on pourrait se servir ou est-ce connu dans le milieu?

**M. Pilon :** À mon niveau, c'est assurément plus anecdotique. On a un comité sur les services en français qui se penche sur la question de l'insécurité linguistique en ce moment parmi nos professionnels de la santé, puisqu'on a beaucoup de gens qui sont là et qui pourraient parler en français, mais qui ne sentent pas que leur niveau est assez bon. C'est notre théorie pour l'instant. Il faudrait que ce soit le sujet d'une étude.

**Le sénateur Aucoin :** Serait-il approprié d'avoir une étude qui pourrait montrer clairement et scientifiquement ce qui existe et qui en expliquerait les raisons?

**M. Pilon :** Si on avait des données et des explications, cela aiderait à nous guider lorsqu'on essaie de résoudre certains problèmes.

**Le sénateur Aucoin :** Merci. Si vous aviez à lancer une épée dans l'eau et un coup de grâce à donner pour qu'on puisse commencer à faire tourner le vent du bon côté, d'après vous, qu'est-ce que le gouvernement fédéral pourrait faire comme action? Vous avez énuméré tellement de choses à faire, mais par où commencer?

**Dr Leduc :** Je vais laisser mes collègues répondre en premier, s'ils ont des solutions à proposer.

**Mr. Pilon:** I took a rather particular angle after listening to the other witnesses who appeared before me and I took note of their testimony. When Mr. Carl Bouchard testified, Senator Moncion asked whether it was a problem to encourage health care providers to seek designation. I can say that in Ontario, in terms of long-term care, there are a handful. Many offer services in French, but they're not designated. My colleague Dr. Leduc mentioned the OZi portal earlier. The OZi portal only provides information on health care workers in designated institutions; others don't have to fill it out. I think we need to review the incentives for designation. I could talk about this for a long time, but I'll let the others have their chance.

**Mr. Cantin-Brault:** Yes, speaking of studies, I believe my colleague Ms. de Moissac has conducted studies on why people didn't want to go into a designated bilingual profession. Perhaps you should ask her about this.

So, I think we need to provide help for immigrants to get up to speed and provide help even before these people arrive in Canada.

For education, we're small, but we're very important and we depend a lot on the Université de Saint-Boniface. In fact, not so long ago, federal and provincial grants were awarded to several programs at our university, but they could be strengthened. I'll stop here.

**Senator Aucoin:** Thank you.

**Dr. Leduc:** For me, the greatest leverage the government offers is with the university, indeed. So, we really need to have a channel to encourage immigration processes for health care workers, and I'd like to qualify the word "ethical". When we talk about ethics, we're talking about people who are already displaced, who are already on the move. We've talked about refugees, but there are over 128 million displaced people who aren't necessarily in refugee camps and who have all kinds of skills. If we could get to know them, capture them and have a quick gateway for them to integrate here, that would be the biggest leverage you could have; we'd also need to enhance training offerings like CNFS.

**The Chair:** As time is running out, I will recognize Senator Moncion and Senator Poirier and if you are succinct in your answers, I may ask one last question.

**Senator Moncion:** Mr. Pilon, you have an executive director who is English-speaking at Horizon Santé-Nord. What impact does this have on the service and on the working language within the hospital? Does it have an impact or not?

**M. Pilon :** J'ai pris un angle assez particulier après avoir écouté les autres témoins qui ont comparu avant moi et j'ai pris connaissance de leurs témoignages. Lorsque M. Carl Bouchard a témoigné, la sénatrice Moncion a demandé si c'était un problème d'encourager les fournisseurs de soins de santé à aller chercher une désignation. Je peux dire qu'en Ontario, sur le plan des soins de longue durée, il y en a une poignée. Plusieurs offrent des services en français, mais ils ne sont pas désignés. Mon collègue le Dr Leduc parlait du portail OZi un peu plus tôt. Le portail OZi donne seulement des informations sur les travailleurs de la santé des institutions désignées; les autres n'ont pas à le remplir. Je crois qu'il faut revoir les incitatifs pour la désignation. Je pourrais en parler longtemps, mais je vais laisser les autres avoir leur chance.

**M. Cantin-Brault :** Oui, en parlant des études, je crois que ma collègue Mme de Moissac a mené des études sur les raisons pour lesquelles les gens ne voulaient pas se diriger vers une profession désignée bilingue. Il faudrait peut-être lui poser la question.

Simons, je crois qu'il faut fournir de l'aide aux personnes immigrantes pour qu'elles puissent se mettre à niveau et fournir de l'aide avant même que ces personnes arrivent au Canada.

Pour l'éducation, on est petit, mais on a une grande importance et on dépend beaucoup de l'Université de Saint-Boniface. D'ailleurs, il n'y a pas si longtemps, des subventions fédérales et provinciales ont été octroyées à plusieurs programmes de notre université, mais elles pourraient être renforcées. Je vais m'arrêter ici.

**Le sénateur Aucoin :** Merci.

**Dr Leduc :** Pour moi, le plus grand levier que le gouvernement offre, c'est avec l'université, effectivement. Donc, il fait vraiment avoir une filière pour favoriser les processus d'immigration pour les travailleurs de la santé, et je mets un bémol sur le mot « éthique ». Lorsqu'on parle d'éthique, on parle de gens qui sont déjà déplacés, qui sont déjà en mouvement. On a parlé des réfugiés, mais il y a plus de 128 millions de personnes déplacées qui ne sont pas nécessairement dans des camps de réfugiés et qui possèdent toutes sortes de compétences. Si on pouvait les connaître, les capturer et avoir une passerelle rapide pour qu'ils puissent s'intégrer ici, ce serait le plus grand levier que vous pourriez avoir; il faudrait aussi bonifier les offres de formation comme le CNFS.

**Le président :** Comme le temps file, je vais donner la parole à la sénatrice Moncion et à la sénatrice Poirier et si vous êtes succincts dans vos réponses, je pourrai poser une dernière question.

**La sénatrice Moncion :** Monsieur Pilon, vous avez un directeur général qui est anglophone à Horizon Santé-Nord. Quel impact cela a-t-il sur le service et sur la langue de travail à l'intérieur de l'hôpital? Est-ce que cela a un impact ou non?

**Mr. Pilon:** We're very lucky. Our new CEO, David McNeil, married a francophone and raised his children in French. He's not just an anglophone. He's someone who really takes the issue of French-language services seriously. I'm lucky enough to work for an extraordinary vice-president, Nathalie Aubin, who has a doctorate in the field and is personally involved in these issues. We've set up a committee on French-language care. I like to tell people that they are my bosses. I report to them frequently, they are members of the community and some internal people. We're in a position to take the issue of French-language services more seriously than ever. There are also greater challenges than ever, notably the aging population.

**Senator Moncion:** When you were talking about recruitment in your percentages.... I'm glad to hear it, because Sudbury is perhaps one of the regions, one of the large cities where there are the most francophones outside Ottawa. The next one, I think, is Timmins, and then there are smaller communities that are much more rural. The importance of French is so great, especially for management, because it's often what makes the difference inside the hospital. Thank you for this information.

Mr. Cantin-Brault, I believe you're more focused on community health. What are the unique challenges faced by the Centre de santé Saint-Boniface in offering services in French, the greatest challenges or the biggest challenge?

**Mr. Cantin-Brault:** Scarcity aside, the biggest challenge is our geographic location. It's certainly a challenge, because our ideal goal is to have a clientele that is 75% French-speaking. We're closer to 70% — now it's 69% — but it's always around that. Our location means that we have to serve the population around us. I don't have the data to determine whether it's increasing with more anglophones or francophones, but anglophones are definitely joining our centre.

Our biggest challenge is to fit it all in one place. I salute the staff at our facility. You have to be extremely creative and stretch resources a lot. It becomes another problematic situation. It means that people are perhaps less inclined to come and work with us, because they think they'll have to do a lot. Our population is increasingly vulnerable. We've developed a new bridging program for people in our area who don't necessarily have a home. We welcome them and put them in touch with doctors and health professionals.

Let's face it, it's not a huge number, but they're almost all English speakers. We need to do this on a community scale, and it's certainly a challenge. For the future, it's our big challenge to

**M. Pilon :** On est très chanceux, quand même. Notre nouveau PDG, David McNeil, a épousé une francophone et a élevé ses enfants en français. Ce n'est pas juste un anglophone. C'est quelqu'un qui prend vraiment au sérieux la question des services en français. J'ai la chance de travailler pour une vice-présidente extraordinaire, Nathalie Aubin, qui a fait un doctorat dans le domaine et qui se penche personnellement sur ces questions. On a mis sur pied un comité sur les soins en français. J'aime dire aux gens que ce sont eux mes patrons. Je me rapporte fréquemment à eux, ce sont des membres de la communauté et quelques personnes à l'interne. On est en mesure de prendre la question des services en français plus au sérieux que jamais. Il y a aussi des défis plus grands que jamais, notamment le vieillissement de la population.

**La sénatrice Moncion :** Lorsque vous parliez du recrutement dans vos pourcentages... Je suis contente de l'entendre, parce que Sudbury est peut-être une des régions, une des grandes villes où il y a le plus de francophones à l'extérieur d'Ottawa. La suivante, je crois que c'est Timmins et ensuite, ce sont de petites communautés qui sont beaucoup plus rurales. L'importance du français est tellement grande, surtout pour la direction, parce que c'est souvent ce qui fait la différence à l'intérieur de l'hôpital. Je vous remercie de cette information.

Monsieur Cantin-Brault, je crois que vous êtes plus axé sur la santé communautaire. Quels sont les défis uniques auxquels fait face le Centre de santé Saint-Boniface pour l'offre de service en français, les plus grands défis ou le plus grand défi?

**M. Cantin-Brault :** Mis à part la pénurie, le plus grand défi, c'est notre situation géographique. C'est sûr que c'est un défi, parce qu'on a un objectif idéal qui est d'avoir une clientèle formée à 75 % de francophones. On est plutôt autour de 70 % — maintenant, c'est 69 % —, mais c'est toujours autour de cela. Notre localisation fait en sorte qu'on doit servir la population autour de nous. Je n'ai pas de données pour déterminer si elle augmente avec plus d'anglophones ou de francophones, mais des anglophones se joignent assurément à notre centre.

Notre plus gros défi est de faire tenir tout cela à un même endroit. Je salue le personnel de notre établissement. Il faut être extrêmement créatif et beaucoup étirer les ressources. Cela devient encore une situation problématique. Cela fait que les gens sont peut-être moins encouragés à venir travailler chez nous, parce qu'ils se disent qu'ils devront en faire beaucoup. Notre population est de plus en plus vulnérable. On a développé un nouveau programme passerelle pour les gens qui sont dans notre coin et qui n'ont pas nécessairement de domicile. On les accueille et on les met en contact avec des médecins et des professionnels de la santé.

Soyons francs, ce n'est pas un nombre énorme, mais ce sont presque tous des anglophones. On a besoin de le faire à l'échelle communautaire et c'est sûr que c'est un défi. Pour l'avenir, c'est

maintain this francophone aspect and keep 70% and eventually 75% of the population francophone. It's a challenge.

The shortage is a big challenge. For us, it's mainly for nurse practitioners. The Université de Saint-Boniface is starting a program for nurse practitioners, but we're still in the early stages. It's going to take a lot of investment in these programs, that's obvious — for us, anyway.

**Senator Moncion:** Thank you.

**Senator Poirier:** I realize that we're doing a study on minority-language health services, but many of the challenges we're hearing about from all the witnesses we've welcomed are related to a lack of staff, whether it's doctors, nurse practitioners or people doing blood tests or X-rays; it's the same thing. I also realize, listening to the news sometimes, especially in New Brunswick, where the population is more anglophone than francophone, that even people on the anglophone side have the same challenges as you. There are small English-speaking hospitals in English-speaking regions that have been forced to close the emergency room for weeks on evenings and weekends, because there wasn't enough staff.

Are there any discussions between the two French and English regional boards? Are these discussions that you have together, to see if there might be things you could share to help the other party, such as ways of working or ways of offering a service to each other, even if you're in a minority situation? Are these discussions taking place? Many challenges are the same on both sides. My question is for all of you.

**Dr. Leduc:** We collaborate a lot with our partners. We're not in New Brunswick, so we don't have the networks, but we work together. Even then, when there was a major shortage, because we closed the emergency department once, there are a lot of rules about collective agreements and labour mobility, which are huge barriers to.... We need to find volunteers at that time, people to come and help these environments. It's not easy.

**Mr. Cantin-Brault:** We're part of the WRHA, which is the Winnipeg Regional Health Authority, so we always work in English with other community access centres. We have similar purchase of service agreements, so there are discussions that take place, but certainly when there are emergencies and great needs.... I say it like that, but we don't necessarily feel that the francophonie is a priority. That's a bit of a challenge. Of course, there are well-meaning people. I don't want to accuse anyone in particular, but.... There are good decisions being made, but it's

un peu notre gros défi de maintenir cet aspect francophone et de garder 70 % et éventuellement 75 % de la population francophone. C'est un défi.

La pénurie est un gros défi. Pour nous, ce sont surtout pour les infirmières et infirmiers praticiens. L'Université de Saint-Boniface commence un programme pour les infirmières et infirmiers praticiens, mais on en est encore au début. Il faudra beaucoup d'investissement dans ces programmes, c'est évident — pour nous, en tout cas.

**La sénatrice Moncion :** Merci.

**La sénatrice Poirier :** Je réalise qu'on fait une étude sur les services de santé dans la langue minoritaire, mais plusieurs des défis dont on entend parler par tous les témoins que nous avons entendus sont liés à un manque de personnel, que ce soit les médecins, les infirmières praticiennes ou les personnes effectuant des prises de sang ou des radiographies; c'est la même chose. Je réalise aussi, en écoutant les nouvelles parfois, surtout au Nouveau-Brunswick, où on a la population est plus anglophone que francophone, que même les gens du côté anglophone ont les mêmes défis que vous. Il y a de petits hôpitaux anglophones dans les régions anglophones qui ont été obligés de fermer l'urgence pendant des semaines les soirs et les fins de semaine, parce qu'il n'y avait pas assez de main-d'œuvre.

Est-ce qu'il y a des discussions entre les deux régies régionales francophone et anglophone? Est-ce que ce sont des discussions que vous avez ensemble, pour voir s'il n'y aurait pas des choses que vous pourriez partager pour aider l'autre partie, comme des manières de travailler ou des façons d'offrir un service l'un à l'autre, même si vous êtes en situation minoritaire? Est-ce que ces discussions ont lieu? Plusieurs défis sont les mêmes sur les deux côtés. N'importe qui peut répondre à ma question.

**Dr Leduc :** On collabore beaucoup avec nos partenaires. Nous ne sommes pas au Nouveau-Brunswick, donc on n'a pas les réseaux, mais on collabore. Encore là, lorsqu'il y a eu des périodes de pénurie importantes, parce qu'on a fermé l'urgence une fois, il y a beaucoup de règles sur le plan des conventions collectives et de la mobilité de la main-d'œuvre, qui sont des barrières énormes pour... Il faut trouver des bénévoles à ce moment-là, des gens pour venir aider ces milieux. Ce n'est pas simple.

**M. Cantin-Brault :** Nous faisons partie de l'ORSW, soit l'Office régional de la santé de Winnipeg, donc nous travaillons toujours en anglais avec d'autres centres d'accès communautaires. Nous avons des accords d'achat de services similaires, donc il y a des discussions qui se tiennent, mais il est certain que quand il y a des urgences et de grands besoins... Je le dis comme cela, mais on ne sent pas nécessairement que la francophonie est une priorité. C'est un peu le défi. Bien sûr, il y a des gens bien intentionnés. Je ne veux accuser personne en

certain that when you have to move fast, the francophonie isn't always a priority.

**Senator Poirier:** On the translation side, if the ER suddenly has to close for an evening, whether it's on the French minority side or the English minority side in Quebec, can the others provide at least one person to do the translation, so that the patient can receive care in a hospital, rather than not going to the hospital at all?

**Mr. Cantin-Brault:** In our walk-in clinic, it's a possibility. We thought: Should we bring in people who speak English with translation services? I don't think that's what our population wants; that's also the issue. Even if we did provide them with services, I think it would be a kind of affront; and rightly so, I think. It's as if we were saying we're going to fix all this and slap something together. That's the big issue. We're wondering whether it's better to close for a few days, but have French-speaking employees when it's open, or to open every day with services that are a bit rough and tumble. For now, we've made the decision to close for a few days; we think it's better, but in the long term, I don't know.

**Senator Poirier:** I meant just in case of an emergency, certainly not to replace anyone. I totally agree with you about having services in the language of one's choice in a minority situation. Thank you.

**The Chair:** To conclude, I would ask you this question. First, let me give you some context. In fact, this issue of labour shortage, which is chronic and constantly recurring, is such that.... I get the sense that we're deluding ourselves if we believe that we're going to solve the labour shortage problem in the short term. Yes, there is the solution of immigration; yes, there is the solution of accelerated bridging; yes, there are solutions. In terms of innovation.... I'll give you an example and ask my question afterwards.

For example, on the question of family doctors, we delude ourselves into thinking that we'll all have a family doctor. It seems that, in reality, in the region where I live, this is impossible. A group has formed, they've stood together as health care professionals and they've developed a climate of trust with patients, so even if the patient doesn't see the same doctor, in this context, they've created a dynamic that makes people feel safe.

Is there a role for the federal government in fostering innovation? I know there are a lot of innovative initiatives going on, but shouldn't there be additional support to help rethink all that? You mentioned the model, Dr. Leduc, but we may be at a time when we need to completely rethink the health care services

particulier, mais... Il y a de bonnes décisions qui se prennent, mais c'est sûr que lorsqu'il faut aller vite, la francophonie n'est pas toujours une priorité.

**La sénatrice Poirier :** Du côté de la traduction, si l'urgence doit soudainement fermer pour une soirée, que ce soit du côté francophone minoritaire ou anglophone minoritaire au Québec, est-ce que les autres peuvent fournir au moins une personne pour faire la traduction, pour que le patient puisse recevoir les soins dans un hôpital, plutôt que de ne pas aller à l'hôpital du tout?

**M. Cantin-Brault :** Dans notre clinique sans rendez-vous, c'est une possibilité. On s'est dit : est-ce qu'on devrait faire venir des gens qui parlent anglais avec des services de traduction? Je ne pense pas que c'est ce que souhaite notre population; c'est aussi cela, l'enjeu. Même si on leur fournissait les services, je pense que ce serait une sorte d'affront; avec raison, je pense. C'est comme si on disait qu'on va arranger tout ça et « patenter » quelque chose. C'est la grande difficulté. On se demande s'il est préférable de fermer quelques jours, mais d'avoir des employés francophones quand c'est ouvert, ou d'ouvrir tous les jours avec des services un peu « bric-à-brac ». Pour l'instant, on a pris la décision de fermer quelques jours; on pense que c'est mieux, mais à long terme, je ne sais pas.

**La sénatrice Poirier :** C'était plutôt juste dans le cas d'une urgence, certainement pas pour remplacer qui que ce soit. Je suis totalement d'accord avec vous pour dire qu'il faut avoir les services dans la langue de son choix en situation minoritaire. Merci.

**Le président :** Pour conclure, je vous poserais cette question. Je vais d'abord donner le contexte. En fait, cette question de pénurie de la main-d'œuvre, qui est chronique et qui revient constamment, fait en sorte... J'ai l'impression qu'on vit une certaine illusion en croyant qu'on va régler un problème de pénurie de main-d'œuvre à court terme. Oui, il y a la solution de l'immigration; oui, il y a la solution de passerelles accélérées; oui, il y a des solutions. Est-ce que, sur le plan de l'innovation... Je vais vous donner un exemple et je vais poser ma question après.

Par exemple, sur la question des médecins de famille, on s'illusionne en pensant qu'on aura tous un médecin de famille. Il semble que, dans la réalité, dans la région où je vis, c'est impossible. Un groupe s'est formé, ils se sont solidarisés comme professionnels de la santé et ils ont développé un climat de confiance avec les patients, ce qui fait que même si le patient ne voit pas le même médecin, dans ce contexte, ils ont créé une dynamique qui fait en sorte que les gens se sentent en sécurité.

Est-ce que le gouvernement fédéral aurait un rôle à jouer pour favoriser l'innovation? Je sais qu'il y a des tas d'initiatives innovantes qui se font, mais est-ce qu'il ne devrait pas y avoir de l'aide supplémentaire pour permettre de repenser tout cela? Vous avez parlé de modèle, docteur Leduc, mais on est peut-être à une

model. In your opinion, will the federal government have a role to play in this dynamic?

**Dr. Leduc:** There's always a possibility.... I think the situation is so catastrophic, without wanting to be dramatic, that people owe it to themselves to innovate and try different things. There's also a validation and study aspect that I think is important along the way. How can the federal government support the documentation of these innovative practices and catalogue them so that they can be shared? Here again, a vehicle like Société Santé en français, if we're just talking about minority languages, could develop elements and play a slightly bigger role in sharing innovative practices. What we're going to develop for the minority situation — maybe we'll develop more solutions, because we have to — can certainly be of use to the majority.

**The Chair:** Are there any other comments on that?

**Mr. Pilon:** It's beyond my expertise, but I had the opportunity to speak to a woman named Michelle Anawati a few weeks ago. She's a physician working in the Faculty of Medicine at the University of Ottawa. She's exploring the idea of practising medicine the way it was done in the old Renaissance paintings, where you see doctors walking around with their charts. She's someone I'd recommend you invite. She'd certainly have some interesting things to tell you. She's a francophone from Sturgeon Falls, I believe.

**The Chair:** Thank you. Dr. Leduc, Mr. Pilon and Mr. Cantin-Brault, thank you very much. It was a very rewarding exchange. We identified both very clear problem situations and possible solutions that will undoubtedly help us a great deal in our study and report.

Colleagues, we're going to suspend the meeting, just long enough to welcome our next witness. Once again, thank you for your work and your commitment to official language minority communities. Thank you.

Colleagues, for our third panel of witnesses, we now welcome Mr. Michel Rodrigue, President and CEO of the Mental Health Commission of Canada. Welcome and thank you for accepting our invitation. Let's begin with your opening remarks, which will be followed by questions from the senators. Mr. Rodrigue, you have the floor.

**Michel Rodrigue, President and Chief Executive Officer, Mental Health Commission of Canada:** Honourable senators, my name is Michel Rodrigue. I have the honour to be President and Chief Executive Officer of the Mental Health Commission of Canada.

époque où on doit complètement repenser le modèle des services de santé. À votre avis, est-ce que le gouvernement fédéral aura un rôle à jouer dans cette dynamique?

**Dr Leduc :** Il y a toujours une possibilité... Je pense que la situation est tellement catastrophique, sans vouloir être dramatique, que les gens se doivent d'innover et d'essayer différentes choses. Il y a aussi un aspect de validation et d'étude qui, à mon avis, est important en cours de route. Comment le gouvernement fédéral peut-il appuyer la documentation de ces pratiques innovantes et répertorier ces pratiques innovantes pour que ce soit partagé? Encore là, un véhicule comme Société Santé en français, si on parle juste des langues minoritaires, pourrait développer des éléments et jouer un rôle un peu plus important pour partager les pratiques innovantes. Ce qu'on va développer pour la situation minoritaire — peut-être qu'on va développer plus de choses, parce qu'on est obligé de le faire — peut certainement servir à la majorité.

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

**M. Pilon :** C'est au-delà de mon expertise, mais j'ai eu la chance de parler à une dénommée Michelle Anawati il y a quelques semaines. Elle est médecin et travaille à la Faculté de médecine de l'Université d'Ottawa. Elle explore l'idée que l'on pratique la médecine comme on le faisait dans les vieilles peintures de la Renaissance, où on voit les médecins se promener avec leurs dossiers. C'est une personne que je vous recommanderais d'inviter. Elle aurait certainement des choses intéressantes à vous dire. Elle est une francophone de Sturgeon Falls, je crois.

**Le président :** Merci. Docteur Leduc, messieurs Pilon et Cantin-Brault, merci beaucoup. Ce fut un échange très enrichissant. On a à la fois identifié des situations problématiques très claires et des pistes de solution qui nous aideront sans doute beaucoup pour notre étude et notre rapport.

Chers collègues, nous allons suspendre la séance, le temps d'accueillir notre prochain témoin. Encore une fois, je vous remercie de votre travail et de votre engagement pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire. Merci.

Chers collègues, pour notre troisième groupe de témoins, nous accueillons maintenant M. Michel Rodrigue, président et directeur général de la Commission de la santé mentale du Canada. Je vous souhaite la bienvenue et vous remercie d'avoir accepté notre invitation. Commençons par vos remarques préliminaires, qui seront suivies par des questions des sénateurs et sénatrices. Monsieur Rodrigue, vous avez la parole.

**Michel Rodrigue, président et directeur général, Commission de la santé mentale du Canada :** Honorables sénateurs, je m'appelle Michel Rodrigue. J'ai l'honneur d'être président et directeur général de la Commission de la santé mentale du Canada.

Since its creation in 2008, the commission has really focused on improving access to mental health care in the culturally appropriate language of choice. It should not be forgotten that the commission was created following the report entitled *Out of the Shadows at Last*, published by the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, which had criss-crossed Canada to take the pulse of mental health, mental illness and addiction in Canada at the time.

We believe at the commission that every person should have the chance to realize their full health potential. To this end, we conduct research, programs and training that promote people-centred values, such as past and present experiential knowledge. Since then, we have trained over a million people in Canada in mental health knowledge development, especially in the workplace. We offer two programs: Mental Health First Aid and The Working Mind.

We understand that obtaining health services in one's mother tongue is a major challenge for linguistic minorities, particularly in more isolated areas or smaller communities. We also know, as Dr. Leduc reported, that poor communication can lead to misdiagnosis, errors and inappropriate treatment, and can also hinder access to preventive and follow-up services.

For francophones in minority settings, access to mental health services in French should be not only a fundamental right, but also a necessity, to ensure effective, safe care that respects their culture and linguistic identity. The data we've gathered indicate that nearly three million French-speaking people outside Quebec have difficulty obtaining services in their mother tongue, due in part to the lack of French-speaking professionals or professionals who are able to speak French.

That's why we've identified two recommendations for you tonight. First, we need to implement programs to identify, train, recruit and retain mental health service providers who are able to speak the language of minority language communities. This may seem obvious, and you've heard it many times. But perhaps we should be looking at pan-Canadian licensure, so that professionals in New Brunswick can provide health services in Winnipeg or Sudbury. I think this is one area where the federal government could play a leading role.

Secondly, we need to invest in the development and implementation of e-mental health services, i.e., training e-mental health providers to ensure that their programs and

Depuis sa création en 2008, la commission s'est vraiment penchée sur l'amélioration de l'accès aux soins de santé mentale dans la langue de choix et qui est culturellement appropriée. Il ne faut pas oublier que la commission a été créée à la suite du rapport intitulé *De l'ombre à la lumière*, publié par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, qui avait circulé un peu partout au Canada pour prendre le pouls de la santé mentale, des maladies mentales et de la dépendance au Canada à l'époque.

Nous croyons à la commission que chaque personne devrait avoir la chance de réaliser tout son potentiel en santé. Pour ce faire, nous dirigeons des recherches, des programmes et des formations prônant des valeurs centrées sur les personnes, comme le savoir expérientiel passé et présent. Depuis, c'est plus d'un million de personnes au Canada qu'on a formées en développement des connaissances sur la santé mentale, surtout en milieu de travail. Nous offrons deux programmes : « Premiers soins en santé mentale » et « L'esprit au travail ».

Nous comprenons que l'obtention de services de santé dans sa langue maternelle est un défi majeur pour les minorités linguistiques, en particulier dans les zones plus isolées ou les plus petites communautés. On sait aussi, comme en a fait état le Dr Leduc, que la mauvaise communication peut entraîner des diagnostics erronés, des erreurs et des traitements inappropriés, et peut également nuire à l'accès à des services de prévention et de suivi.

Pour les francophones en milieu minoritaire, l'accès à des services de santé mentale en français devrait être non seulement un droit fondamental, mais également une nécessité, pour assurer des soins efficaces, sécuritaires et respectueux de leur culture et de leur identité linguistique. Les données que nous avons recueillies indiquent que près de trois millions de personnes d'expression francophone à l'extérieur du Québec éprouvent des difficultés à obtenir des services dans leur langue maternelle, en raison notamment du manque de professionnels francophones ou qui sont capables de parler français.

C'est pourquoi nous avons identifié deux recommandations pour vous ce soir. Premièrement, nous devrons mettre en place des programmes pour identifier, former, recruter et garder des pourvoeureurs de services de santé mentale qui ont la capacité de parler dans la langue des communautés linguistiques minoritaires. Cela peut paraître l'évidence même, et vous l'avez entendu à plusieurs reprises. Cependant, il faudrait peut-être envisager des permis d'exercice à l'échelle canadienne, pour que les professionnels au Nouveau-Brunswick puissent offrir des services de santé à Winnipeg ou à Sudbury. Je pense que c'est l'un des aspects où le gouvernement fédéral pourrait jouer un rôle prépondérant.

Deuxièmement, nous devons investir dans le développement et la mise en œuvre de services de cybersanté mentale, c'est-à-dire former les prestataires en cybersanté mentale pour faire en sorte

services are culturally competent; raising public awareness of e-mental health; demystifying the issues on this side; ensuring that there are significant benefits to obtaining mental health care services in the language of one's choice.

At the Mental Health Commission of Canada, we are committed to strengthening our response to the mental health needs of official language minority communities.

In conclusion, the committee is committed to ensuring that every person, no matter where they are in Canada, has access to quality mental health services in the first language of their choice. We appreciate the committee's attention to this critical issue, and we look forward to continuing to work with you to achieve this goal. Thank you.

**The Chair:** Thank you very much, Mr. Rodrigue. We'll now move on to questions from committee members.

**Senator Poirier:** Thank you for being with us today; we're pleased to welcome you. My first question is this: Do you receive funding from the federal government to develop programs, provide training or conduct research on improving access to mental health care in the minority language? If so, where does this money come from?

**Mr. Rodrigue:** We don't have any amounts set aside specifically for francophone and Acadian communities in Canada or for anglophones in Quebec. However, that is part of our role. So we receive core funding that has remained the same for the past 13 years, and I'll digress for a moment. If you go grocery shopping, you don't buy the same things now that you could afford to buy 13 years ago. Our spending capacity has been reduced, but since the commission was created, we have developed programs with and for the francophone and Acadian communities, and even for the anglophone communities in Quebec.

**Senator Poirier:** If I understand correctly, you developed that with the same funding you've been receiving for the past 13 years. Is that right?

**Mr. Rodrigue:** Yes. All our programs are developed using the funding we receive from Health Canada or through a service offering where users pay for the training costs. For us, those are two ways to provide services.

**Senator Poirier:** Aside from the labour shortage, which we know is a widespread problem, what would be the other barriers that prevent people with mental health problems from accessing services? Are there any other barriers apart from the labour shortage?

que leurs programmes et leurs services soient culturellement compétents; sensibiliser le public à la cybersanté mentale; démystifier les enjeux de ce côté; s'assurer qu'il y ait des avantages importants à obtenir des services de soins de santé mentale dans la langue de son choix.

À la Commission de la santé mentale du Canada, nous nous engageons à renforcer notre réponse aux besoins en santé mentale des communautés de langue officielle en situation minoritaire.

En conclusion, la commission est déterminée à s'assurer que chaque personne, où qu'elle se trouve au Canada, ait accès à des services de santé mentale de qualité dans la langue maternelle de son choix. Nous sommes reconnaissants au comité de porter attention à cette question cruciale, et nous sommes impatients de continuer à collaborer avec vous pour réaliser cet objectif. Merci.

**Le président :** Merci beaucoup, monsieur Rodrigue. On passe maintenant aux questions des membres du comité.

**La sénatrice Poirier :** Merci d'être parmi nous aujourd'hui; nous sommes heureux de vous accueillir. Ma première question est la suivante : recevez-vous du financement du gouvernement fédéral pour développer des programmes, offrir de la formation ou mener des recherches portant sur l'amélioration de l'accès aux soins de santé mentale dans la langue de la minorité? Dans l'affirmative, d'où vient cet argent?

**Mr. Rodrigue :** On n'a pas de sommes identifiées spécifiquement pour les communautés francophones et acadiennes au Canada ou pour les anglophones au Québec. Cependant, cela fait partie de notre rôle. On reçoit donc un financement de base qui a été le même durant les 13 dernières années, alors voici une parenthèse. Si on fait l'épicerie, on n'achète pas les mêmes choses maintenant qu'on pouvait se permettre d'acheter il y a 13 ans. Notre capacité de dépenser a été réduite, mais depuis la création de la commission, nous avons développé des programmes avec et pour les communautés francophones et acadiennes ou encore pour les communautés anglophones au Québec.

**La sénatrice Poirier :** Vous avez développé cela avec le même financement que vous recevez depuis les 13 dernières années, si j'ai bien compris?

**Mr. Rodrigue :** Oui. Tous nos programmes sont développés à partir du financement que nous recevons de Santé Canada ou par l'entremise d'une offre de service où les utilisateurs défraient les coûts de formation. Pour nous, ce sont deux moyens d'offrir les services.

**La sénatrice Poirier :** Outre la pénurie de main-d'œuvre qu'on sait être un problème généralisé, quels seraient les autres obstacles qui empêchent les personnes aux prises avec un problème de santé mentale d'avoir accès aux services? Est-ce qu'il y a d'autres obstacles, à part le manque de main-d'œuvre?

**Mr. Rodrigue:** Thank you for the question. There are indeed other issues. A stigma is still prevalent today. When it comes to mental health issues or mental illness, that stigma is a major barrier on several levels.

If I stigmatize myself because I've been instilled with the notion that it's inappropriate to have mental health issues, that prevents me from seeking services. In health care, there are structural stigmas that mean that physical health is prioritized over mental health. So a number of barriers exist that affect francophone and Acadian communities, and even the population as a whole.

Chronic underfunding is another element. What's noteworthy about mental health is that we mustn't forget that most people access their mental health services through the plan provided by their employer. So it's not the state that pays, it's the employer — in this case, private companies.

Finally, when talking about mental health, we have to take into account both public and private payers because right now they provide much of the mental health services in Canada.

**Senator Poirier:** Is the challenge greater in rural areas compared with urban areas?

**Mr. Rodrigue:** Yes, especially in cases where mental illnesses persist. In this respect, it is much more difficult when the cases are more complex.

**Senator Poirier:** Thank you very much.

**Senator Moncion:** Welcome, Mr. Rodrigue. You talked about e-mental health and said it was an important issue. Could you elaborate on your thoughts about e-mental health?

**Mr. Rodrigue:** In terms of definition, we could be talking about consultation over the telephone, by video conference or over the internet. All these measures can also exist in the form of an application that enables health care professionals to cross borders and offer a consultation using those means.

It was shown during the pandemic that this could be done, that it was as effective and more efficient in terms of service provision, as there are fewer missed appointments. Without saying that it's a panacea and without suggesting that it's for everyone, I would say that, for many of us, it's an excellent way of accessing health care services.

If that's paired with national licensure, it means that, if I'm a mental health provider, I can provide services regardless of the province or territory. It's one of the ways to overcome borders.

**M. Rodrigue :** Merci pour cette question. Il y a effectivement d'autres enjeux. Il y a une stigmatisation qui, encore aujourd'hui, est prévalente. Face aux troubles de santé mentale ou à la maladie mentale, c'est un obstacle important, et ce, à plusieurs niveaux.

Si je me stigmatise moi-même parce qu'on m'a inculqué la notion que c'était inopportun d'avoir un trouble de santé mentale, cela m'empêche d'aller chercher des services. Dans le domaine de la santé, il y a structurellement des stigmates qui font en sorte qu'on va privilégier la santé physique plutôt que la santé mentale. Donc, il y a plusieurs obstacles qui affectent les communautés francophones et acadiennes, et même l'ensemble de la population.

Le sous-financement chronique est un autre élément. Ce qui est particulier en santé mentale, c'est qu'il ne faut pas oublier que la plupart des gens ont accès à leurs services de santé mentale par l'entremise du plan offert par leur employeur. Donc, ce n'est pas l'État qui paie, c'est plutôt l'employeur, en l'occurrence les compagnies privées.

Enfin, lorsqu'on parle de santé mentale, on doit tenir compte à la fois des payeurs publics et privés, parce qu'en ce moment, ils offrent une grande partie de l'offre de service en santé mentale au Canada.

**La sénatrice Poirier :** Est-ce que le défi est plus grand dans les régions rurales, comparativement aux régions urbaines?

**M. Rodrigue :** Oui, surtout dans les cas où les maladies mentales perdurent. À ce chapitre, c'est beaucoup plus difficile lorsque les dossiers sont plus complexes.

**La sénatrice Poirier :** Merci beaucoup.

**La sénatrice Moncion :** Bienvenue, monsieur Rodrigue. Vous avez parlé de cybersanté mentale et vous avez dit qu'il s'agissait d'un enjeu important. Pourriez-vous préciser davantage votre pensée au sujet de la cybersanté mentale?

**M. Rodrigue :** Sur le plan de la définition, ce peut être une consultation téléphonique, par vidéoconférence ou par Internet. Toutes ces mesures peuvent aussi exister sous forme d'application qui permet aux professionnels de la santé de passer outre aux frontières et d'offrir une consultation au moyen de ces modalités.

Il a été prouvé durant la pandémie que cela pouvait se faire, que c'était aussi efficace et plus efficient sur le plan de l'offre de service, parce qu'il y a moins de rendez-vous manqués. Sans dire qu'il s'agit d'une panacée et sans vous laisser entendre que c'est pour tout le monde, je dirais que pour plusieurs d'entre nous, c'est une excellente façon d'accéder à des services de santé.

Si on jumelle tout cela avec des permis d'exercice nationaux, cela signifie que si je suis un fournisseur de soins de santé mentale, je peux offrir des services, peu importe la province ou

When we don't limit ourselves to our provinces and territories, we set the distance aside, and that enables us to access services. I can tell you that I've already experienced it, and it's excellent.

I'm not claiming it's for everyone, but it's a big part of the solution. That was shown during the pandemic, and Dr. Leduc referred to certain barriers that fell at that time. What the commission is doing is training health care professionals to be more skilled in providing their e-mental health services and to provide those services in a safer space. We have developed standards for assessing applications, as not all applications are validated by evidence.

**Senator Moncion:** Many programs are developed by men and women who have had life experiences and provide wellness or better living services.

Are you at all involved in the provision of those services? We know that people spend large amounts of money to participate in those programs. Many people find solutions or learn to live better. Do you have any control over the provision of such programs?

**Mr. Rodrigue:** We don't have control over those. I don't want to pass judgment on those services. Besides, I don't see the fact that people are spending more on their well-being as an affront because if they're spending on well-being and paying attention to their mental and physical health, so much the better for them.

What I do know, however, is that every week we hear about the best app being developed, and studies have shown that out of 800 wellness-related apps, there are maybe 3 that are substantiated by evidence.

So we're left wondering whether the developers have good intentions or whether, at the end of the day, it's a scam and they want to make money. However, I have to add that we have developed a method for assessing the quality of those applications. It's possible to create libraries that people can access, whether it's the general public or health care professionals.

There's a whole movement in the wellness field, with some very good material, and I'll stop here.

**Senator Moncion:** You talked about the use of e-mental health during the pandemic, and I think that's excellent. Are any studies being carried out into the deteriorating health of our young people as a result of the negative impact of social networks on their well-being?

le territoire. C'est une des façons de passer outre aux frontières. Lorsqu'on ne se limite pas à nos provinces et territoires, on fait abstraction de la distance et cela nous permet d'accéder à des services. Je peux vous dire que j'en ai déjà fait l'expérience et que c'est excellent.

Je ne prétends pas que c'est pour tout le monde, mais c'est une grande partie de la solution. On l'a prouvé pendant la pandémie et le Dr Leduc a fait référence à certaines barrières qui sont tombées à ce moment-là. Ce que fait la commission, c'est de former les professionnels de la santé afin qu'ils soient plus compétents et plus sécurisants dans leur offre de service en cybersanté mentale. On a développé des normes d'évaluation des applications, parce que ce ne sont pas toutes les applications qui sont validées par des données probantes.

**La sénatrice Moncion :** Beaucoup de programmes sont développés par des hommes et des femmes qui ont vécu des expériences de vie et qui offrent des services de mieux-être ou de mieux-vivre.

Avez-vous une quelconque implication dans l'offre de ces services? On sait que des individus dépensent des sommes importantes pour faire partie de ces programmes. Beaucoup de gens trouvent des solutions ou apprennent à mieux vivre. Est-ce que vous avez une mainmise quelconque sur l'offre de tels programmes?

**M. Rodrigue :** Nous n'avons pas de mainmise. Je ne veux pas porter de jugement sur ces services. D'ailleurs, le fait que les gens dépensent davantage sur leur mieux-être, je ne vois pas cela comme un affront, car s'ils dépensent dans le mieux-être et s'ils font attention à leur santé mentale et physique, tant mieux pour eux.

Ce que je sais cependant, c'est que chaque semaine on nous parle de la meilleure application qui est développée, et des études ont montré que, sur 800 applications liées au mieux-être, il y en a peut-être 3 qui sont validées par des données probantes.

On se demande donc si les développeurs ont de bonnes intentions ou si, en fin de compte, c'est une arnaque et ils veulent avoir des sous. Cependant, il faut dire que nous avons développé une méthode d'évaluation de la qualité de ces applications. Il est possible de créer des bibliothèques auxquelles les gens peuvent avoir accès, que ce soit le grand public ou les professionnels de la santé.

Il y a toute une mouvance dans le domaine du mieux-être, avec du très bon matériel, et je vais m'arrêter ici.

**La sénatrice Moncion :** Vous avez parlé de l'usage qui était fait de la cybersanté mentale pendant la pandémie et je trouve cela excellent. Est-ce que des études sont menées par rapport à la détérioration de la santé de nos jeunes en fonction de l'impact négatif des réseaux sociaux sur leur mieux-être?

**Mr. Rodrigue:** At the Mental Health Commission of Canada, with other partners, we assessed the level of anxiety and depression in young people during and after the pandemic. Unfortunately, very early on in the pandemic, we saw an increase that has remained at the same level ever since.

The effect of the pandemic is still being felt in the general population. As far as young people are concerned, we know that isolation has had a major impact on them. I believe that, as a society, we need to invest in mental health care services for young people in particular, and this investment must be significant.

When it comes to the impact of social networks and video games, data is coming out. We know that research is being carried out at universities and that the data is not always clear in that area. For example, it was thought that playing video games was very harmful for young boys. It can be, but it can also be beneficial. People have developed applications that reflect the game so that young people can take care of their mental health.

So, there are good and not-so-good things that we must learn to manage, and I think that addiction must be avoided.

**Senator Moncion:** I come back to what you were mentioning in relation to the pandemic. Are we going to call this level of anxiety “postpandemic traumatic stress”?

**Mr. Rodrigue:** I'll let the experts provide the wording when it comes to that.

This is of the utmost concern to us. With our young people becoming anxious and much more depressed since the start of the pandemic, I must say I think that deserves sustained attention on a societal level.

Unfortunately, the impact of the pandemic will last a long time, will be complex and will have to be addressed over a longer period. The good thing is that we know what works and that those efforts were made during the pandemic. We can't go backwards and lose that ground.

**Senator Moncion:** Do you have the money to continue working on that?

**Mr. Rodrigue:** We don't, and neither does the sector. I think investments need to be made. I would use a quote attributed to Albert Einstein: “Insanity is doing the same thing over and over again and expecting different results.”

I think that, in health and mental health, we really need to change our methods.

Before the pandemic, we approved a stepped care approach in Newfoundland and Labrador. The right service is provided to people when they need it. Waiting lists have been reduced by almost 70% in a number of clinics. We did the same work last

**M. Rodrigue :** À la Commission de la santé mentale du Canada, avec d'autres partenaires, nous avons évalué le niveau d'anxiété et de dépression chez les jeunes pendant et après la pandémie. Malheureusement, très tôt dans la pandémie, on a vu une croissance qui est restée au même niveau depuis.

L'effet de la pandémie se fait toujours sentir dans la population en général. Pour ce qui est des jeunes, on sait que l'isolement les a bouleversés de façon importante. Je crois que comme société, nous devons investir dans des services de soins de santé mentale pour les jeunes en particulier, et cela doit se faire de façon importante.

Pour ce qui est de l'impact des réseaux sociaux et des jeux vidéo, des données sortent. On sait que des recherches sont menées dans les universités et que les données ne sont pas toujours probantes de ce côté-là. Par exemple, on pensait que c'était très nocif pour les jeunes garçons de jouer à des jeux vidéo. Cela peut l'être, mais cela peut aussi être bénéfique. Des gens ont développé des applications qui reflètent le jeu pour que les jeunes prennent soin de leur santé mentale.

Donc, il y a du bon et du moins bon qu'il faut apprendre à moduler, et je pense qu'il ne faut pas tomber dans la dépendance.

**La sénatrice Moncion :** Je reviens à ce que vous mentionnez par rapport à la pandémie : est-ce qu'on va appeler ce niveau d'anxiété le « stress traumatique post-pandémique »?

**M. Rodrigue :** Je vais laisser les spécialistes donner un libellé de ce côté.

Cela nous préoccupe au plus haut degré. Je dois vous admettre que, depuis le début de la pandémie, le fait de voir que nos jeunes sont anxieux et beaucoup plus dépressifs mérite une attention soutenue sur le plan sociétal.

Malheureusement, l'impact de la pandémie durera longtemps, il sera complexe et il faudra s'y attaquer sur une plus longue période. L'avantage, c'est qu'on sait ce qui fonctionne et qu'on a déployé ces efforts durant la pandémie; il ne faut pas revenir en arrière et perdre ce terrain.

**La sénatrice Moncion :** Est-ce que vous avez l'argent nécessaire pour continuer de travailler sur ce terrain-là?

**M. Rodrigue :** Nous, non, et le secteur non plus. Je crois qu'il faut faire des investissements. Je reprendrais une citation attribuée à Albert Einstein : « La folie, c'est se comporter de la même manière et s'attendre à un résultat différent. »

Je pense qu'en santé et en santé mentale, il faut vraiment changer nos méthodes.

Avant la pandémie, on a validé à Terre-Neuve-et-Labrador une approche par palier. On offre le bon service aux gens lorsqu'ils en ont besoin. On a réduit les listes d'attente de presque 70 % dans plusieurs cliniques. On a fait le même travail l'an dernier

year in the Northwest Territories, where waiting lists for mental health care have been reduced in communities by 80%.

This means increasing the number of professionals who ensure that psychiatrists are reserved for clients who need them most and for more complex cases. Peer support workers and applications are provided.

So doing things differently is one way to overcome the restraints caused by the lack of resources that will persist for several more years in mental health and health.

**Senator Mégie:** I thank our witness for being here to enlighten us.

You talked about e-mental health and you said, among the good things, that it enabled twinning with health services in other provinces. Did I understand correctly?

**Mr. Rodrigue:** Yes.

**Senator Mégie:** If things were done that way.... There have always been restrictions on mobilizing professionals from one province to another. So it would be beneficial. But how did you manage to do that?

**Mr. Rodrigue:** It wasn't us who did it. Agreements between provinces and territories made it possible for health professionals to provide services in another territory or province. That was due to the pandemic. Those were pilot projects, so it wasn't us.

However, I think there is a need in that area to create national standards and standardization so that practitioners can provide their services in different jurisdictions. If we take the step and accept the fact that e-mental health is a solution, then we need to take the other step and say that we shouldn't impose undue constraints on health care professionals by telling them where they can provide their services.

I believe that, for francophone and Acadian communities — but this is also true to a lesser extent for anglophone communities in Quebec — we must ensure that they are provided with services in the language of their choice.

If I may digress, I was raised in the Sudbury area. My dad had a chronic illness called COPD, or chronic obstructive pulmonary disease. Imagine if at times you felt as if you were breathing through a straw. That disease is accompanied by anxiety. It was very difficult to get services in French. My father wasn't able to understand everything when he was provided with services — as great as they were in English. If he didn't have someone with him, it was simply impossible for him to get the services he needed.

dans les Territoires du Nord-Ouest et on a réduit de 80 % les listes d'attente dans les communautés pour des soins de santé mentale.

Cela veut dire qu'il faut élargir le nombre d'intervenants qui s'assurent que les psychiatres sont réservés aux clients qui en ont le plus besoin et aux cas plus complexes. Alors, on offre des pairs aidants et des applications.

Donc, faire les choses différemment, c'est l'une des portes de salut pour se sortir du carcan du manque de ressources qu'on aura pour encore plusieurs années en santé mentale et en santé.

**La sénatrice Mégie :** Merci à notre témoin d'être ici pour nous éclairer.

Vous avez parlé de cybersanté mentale et vous disiez, parmi les bonnes choses, que cela permettait de faire un jumelage avec les services de santé dans d'autres provinces; est-ce que j'ai bien compris?

**Mr. Rodrigue :** Oui.

**La sénatrice Mégie :** Si on le fait comme cela... On a toujours vu des restrictions à la mobilisation des professionnels d'une province à l'autre. Donc, ce serait un avantage. Cependant, comment êtes-vous arrivés à faire cela?

**Mr. Rodrigue :** Ce n'est pas nous qui l'avons fait; ce sont des ententes entre des provinces et territoires qui ont permis à des professionnels de la santé d'offrir des services dans un autre territoire ou une autre province. C'était en raison de la pandémie. C'étaient des projets pilotes, donc ce n'était pas nous.

Cependant, je pense qu'il y a lieu de ce côté de créer des normes et une standardisation à l'échelle nationale pour que les praticiens puissent offrir leurs services dans différentes administrations. Si on fait le pas et qu'on accepte le fait que la cybersanté mentale est une solution, alors il faut faire l'autre pas et dire qu'il ne faut pas imposer un carcan aux professionnels de la santé pour leur dire où ils peuvent offrir leurs services.

Je crois que, pour les communautés francophones et acadiennes — dans une moindre mesure, mais c'est vrai aussi pour les communautés anglophones au Québec —, on doit s'assurer de leur offrir des services dans la langue de leur choix.

Si vous me permettez de faire une parenthèse, j'ai été élevé dans la région de Sudbury. Mon papa avait une maladie chronique qu'on appelle MPOC, soit une maladie pulmonaire obstructive chronique. Imaginez si par moment vous sentiez comme si vous respiriez dans une paille. Cette maladie s'accompagne donc d'anxiété. C'était très difficile d'obtenir des services en français. Mon père n'était pas en mesure de tout comprendre lorsqu'on lui offrait des services — aussi formidables qu'ils pouvaient l'être en anglais. S'il n'y avait pas quelqu'un qui l'accompagnait, c'était tout simplement impossible pour lui d'obtenir les services dont il avait besoin.

I think this is a concrete example from my life that proves that providing services in French is more than a case of “it would be nice”; it’s really a matter of life and death. People can be misdiagnosed if health care professionals are unable to communicate with them in their mother tongue. For many of us, when we’re in crisis, when we’re talking about a mental health disorder or mental illness, we cannot easily transfer that information into a second language.

**Senator Mégie:** Is the pilot project that was implemented in Newfoundland and Labrador over or is it ongoing?

**Mr. Rodrigue:** The stepped care service offering is ongoing, and I’m really proud to say that we’re supporting the progression of that offering in other Atlantic provinces and other provinces in Canada.

As for the pilot project that enabled health care professionals to provide services in another jurisdiction, to my knowledge, once the pandemic ended, people went back to their best practices.

I hope this committee will look at ways to credit people who provide mental health services or health services. I think that really opening up licences nationally would help avoid problems. I heard a witness speak earlier, and it’s true that some services need to be provided locally; that’s clear. For mental health issues that are transient, I think the most important thing — and we know this — is to get a service on offer as quickly as possible, since people are currently put on waiting lists too often.

**The Chair:** I’ll also ask Mr. Rodrigue a few questions.

You talked about the stigma surrounding mental health. Does the federal government support the need to collect data-based evidence on marginalized populations in francophone and Acadian communities that have become more diverse?

Are you able to obtain data to identify marginalized populations, be they racialized communities, 2ELGBTQI+ communities, seniors or women?

Do you have clear enough data to identify the type of services these communities need, and the training needed to deliver those services? It’s a matter of language, but it’s also a matter of competence in relation to very specific issues within marginalized communities.

**Mr. Rodrigue:** The answer will be short: No, we don’t have data-based evidence. Studies are being carried out by researchers, but we don’t have the evidence base that would

Je pense que c’est un exemple concret de ma vie qui prouve que l’offre de service en français, c’est plus que « ce serait bien »; c’est vraiment une question de vie ou de mort. Les gens peuvent avoir un mauvais diagnostic si on n’est pas capable d’échanger avec eux dans leur langue maternelle. Pour plusieurs d’entre nous, lorsqu’on est en crise, quand on parle de trouble de santé mentale ou de maladie mentale, on n’est pas en mesure de transférer facilement cette information dans une langue seconde.

**La sénatrice Mégie :** Le projet pilote qui a été mis en place à Terre-Neuve-et-Labrador est-il terminé ou continue-t-il?

**M. Rodrigue :** L’offre de service par palier se poursuit toujours et je suis vraiment fier de dire qu’on appuie la progression de cette offre dans d’autres provinces de l’Atlantique et d’autres provinces au Canada.

Pour ce qui est du projet pilote qui permettait à des professionnels de la santé d’offrir des services dans une autre administration, à ma connaissance, une fois que la pandémie a pris fin, les gens sont retournés à leurs bonnes pratiques.

J’espère que ce comité va se pencher sur les manières de créditer les gens qui offrent des services de santé mentale ou des services de santé. Je crois qu’ouvrir réellement les permis à l’échelle nationale permettrait d’éviter des problèmes. J’entendais un témoin parler tout à l’heure, et c’est vrai qu’il y a certains services qui doivent être des services de proximité; c’est clair. Pour des troubles de santé mentale qui sont transitoires, de ce côté-là, je pense que le plus important — et on le sait —, c’est d’obtenir une offre de service le plus rapidement possible, car on met trop souvent les gens sur des listes d’attente en ce moment.

**Le président :** Je vais poser aussi quelques questions à M. Rodrigue.

Vous avez parlé de la stigmatisation qui entoure la santé mentale. Est-ce que le gouvernement fédéral soutient le besoin de collecter des données probantes sur des populations marginalisées dans des communautés francophones et acadiennes qui se sont diversifiées?

Est-ce que vous êtes en mesure d’avoir des données pour identifier les populations marginalisées, que ce soit les communautés racialisées ou les communautés 2ELGBTQI+, les personnes âgées et les femmes?

Est-ce que vous avez des données suffisamment claires pour identifier le type de services dont ces communautés ont besoin, et la formation nécessaire pour livrer ces services? Il s’agit d’une question linguistique, mais aussi d’une question de compétence par rapport à des enjeux très spécifiques au sein de communautés marginalisées.

**M. Rodrigue :** La réponse sera courte : non, on n’a pas les données probantes. Il y a des études qui sont faites par des chercheurs, mais on n’a pas de données de base probantes qui

enable us to assess whether progress is being made using the interventions that have been implemented.

In that regard, I think Dr. Leduc hit the nail on the head. We really need to oversample in francophone and Acadian communities to make sure we have enough information to do the sampling you're referring to, but we just don't have it.

**The Chair:** In your vision of the commission, you say that high-quality mental health services are stigma-free, recovery-oriented, evidence-based services that respect cultural values and are linguistically equitable and inclusive.

Adapting care linguistically is one thing, but so is adapting it culturally. We live in a society where we are welcoming more and more people from all over the world, and that is part of the solutions to our shortage challenges.

What role does the commission play and what role could the federal government play to take into account these cultural differences or cultural adaptability?

**Mr. Rodrigue:** Thank you for the question.

We realized very early on that the stigma around mental health issues or mental illness differs from culture to culture. On the one hand, in some cultures, it's still taboo and isn't discussed.

On the other hand, therapies have usually been developed for people like you and me. There is work to be done there. We've done work for black communities, assessed certain elements and made improvements for people from South Asia.

Approaches, training and advice have been adapted for practitioners who provide the services. We also looked at the cultural impact of the service offering and what the impact is when we try to enlist community support to help people destigmatize themselves.

We've done that work, but there's still a lot to be done because we need to adapt our approaches. One piece of data that made me smile was the fact that practitioners who came from the community had better results, but that we could also train people who didn't come from the community to provide these services. You've identified an area where we can make significant progress by adapting the service offering and including links with the community, because they can be important stakeholders in changing the situation on the ground.

**The Chair:** Thank you for your answer.

permettraient d'évaluer si on fait des progrès au moyen des interventions mises en place.

De ce côté-là, je crois que le Dr Leduc a mis le doigt sur le bobo. Il faut vraiment suréchantillonner dans les communautés francophones et acadiennes pour s'assurer d'avoir suffisamment d'information pour faire les échantillonnages auxquels vous faites référence, mais on ne les a tout simplement pas.

**Le président :** Dans votre vision de la commission, vous dites que les services de santé mentale de haute qualité sont des services exempts de stigmatisation, axés sur le rétablissement et fondés sur des données probantes, respectueux des valeurs culturelles et linguistiquement équitables et inclusifs.

Adapter les soins sur le plan linguistique, c'est une chose, mais les adapter sur le plan culturel aussi. On est dans une société où on accueille de plus en plus de gens d'un peu partout, et cela fait partie des solutions à nos défis en matière de pénurie.

Quel rôle joue la commission et quel rôle pourrait jouer le gouvernement fédéral pour prendre en compte ces différences culturelles ou cette adaptabilité culturelle?

**Mr. Rodrigue :** Je vous remercie de cette question.

Nous avons réalisé très tôt que la stigmatisation liée aux troubles de santé mentale ou à la maladie mentale est différente selon la culture. D'une part, dans certaines cultures, c'est encore un tabou et on n'en parle pas.

D'autre part, les thérapies ont été développées habituellement pour des gens comme vous et moi. De ce côté-là, il y a du travail à faire. On a fait du travail pour les communautés noires, on a évalué certains éléments et on a fait des améliorations pour les populations qui viennent de l'Asie du Sud.

On a adapté les approches, la formation et les conseils pour les praticiens et les praticiennes qui offrent les services. On a aussi cherché quel était l'impact culturel dans l'offre de service et quel est l'impact lorsque nous tentons d'obtenir l'appui de la communauté pour amener les gens à se déstigmatiser.

On a fait ce travail, mais il reste encore beaucoup de travail à faire, car il faut adapter les approches. Une des données qui m'a fait sourire, c'est le fait que les praticiens qui venaient de la communauté avaient de meilleurs résultats, mais que l'on pouvait aussi former les gens qui ne venaient pas de la communauté pour offrir ces services. Vous avez identifié un secteur où l'on peut faire des progrès marqués en adaptant l'offre de service et en incluant des liens avec la communauté, parce qu'ils peuvent être des parties prenantes importantes pour changer la donne sur le terrain.

**Le président :** Merci pour cette réponse.

**Senator Moncion:** My question has to do with violence against women and the mental health care needed for men, because a man who is violent toward a spouse is not in a good place.

There are two things I'd like to know about the commission. Do you have a role, say, in publicity in this area to make people aware that people who commit violent acts against others aren't well? Is there any outreach? Does the commission have that kind of mandate?

I understand that your resources are extremely limited and haven't been increased for 13 years. I'd like to hear what you have to say on these issues. We know what we have to do financially, but what should we do beyond that?

**Mr. Rodrigue:** You raise an important issue. We haven't worked specifically with abused women. We haven't done any sustained work in this area. The sector is doing important work with resources that, unfortunately, don't meet the demand. We hear this on a regular basis, and it's a problem.

People who are going to cause harm through psychological or physical injury certainly need support. Personally, I believe that we need to invest in prevention as a community and as a society.

When we think of francophone and Acadian communities or English-speaking minority communities, the problem is even more striking, first of all because there is a lack of services — and there's often a lack of specific services; the services people need are very specific in that regard.

I don't have a great answer for you. It's something that needs a lot of work, and it's not an area we've been involved in since the commission was launched.

**Senator Moncion:** Has the commission's mandate been reviewed? You're still coming up with solutions, and you have issues. That's part of the other question I have: Is there no place for that in the commission's work? Isn't that part of your strategic planning? Or is it that the commission isn't really called upon to intervene in this area? I'm thinking in particular of the mental health of the men who commit these acts, because they're the ones who are sick.

**Mr. Rodrigue:** I think you're right. The commission's mandates have been updated, but I don't think they were widely consulted. It was a cabinet decision, and they announced that in a budget. I think the mandate on this side is broad. This is really the time to discuss the commission's mandate and what is

**La sénatrice Moncion :** Ma question touche la violence faite aux femmes et les soins de santé mentale nécessaires pour les hommes, car un homme qui fait subir de la violence à une conjointe n'est pas bien dans sa tête.

Il y a aussi deux choses que j'aimerais savoir à propos de la commission; avez-vous un rôle, disons, de publicité à jouer dans ce secteur pour sensibiliser les gens au fait que les personnes qui posent des gestes violents envers autrui ne sont pas bien? Est-ce qu'on fait de la sensibilisation? Est-ce que la commission a un mandat de ce genre?

Je comprends bien que vous avez des ressources extrêmement limitées et que cela fait 13 ans qu'elles n'ont pas été augmentées. J'aimerais vous entendre sur ces sujets. On sait ce qu'on a à faire du côté financier, mais que doit-on faire outre cela?

**M. Rodrigue :** Vous soulevez un enjeu important. On n'a pas fait de travail spécifiquement avec les femmes violentées. De ce côté-là, on n'a pas fait de travail soutenu. Le secteur fait un travail important avec des ressources qui, malheureusement, ne répondent pas à la demande. On l'entend dire régulièrement et c'est un problème.

Pour les gens qui vont causer du tort par des blessures psychologiques ou physiques, c'est certain qu'ils ont besoin d'un appui. Personnellement, je suis d'avis qu'on doit, comme communauté et comme société, investir de ce côté-là pour faire de la prévention.

Lorsqu'on pense aux communautés francophones et acadiennes ou aux communautés anglophones en milieu minoritaire, c'est sûr que le problème est encore plus percutant, en premier lieu parce qu'il y a un manque de services — et il y a souvent un manque de services précis; les services dont les gens ont besoin sont très précis de ce côté.

Je n'ai pas de réponse géniale à vous transmettre. C'est quelque chose qui mérite beaucoup de travail et ce n'est pas un secteur où nous avons œuvré depuis le lancement de la commission.

**La sénatrice Moncion :** Est-ce que le mandat de la commission a été revu? Vous arrivez tout de même avec des solutions et vous avez des enjeux; cela fait partie d'une autre question que je me pose : il n'y a pas de place pour cela dans le travail de la commission? Cela ne fait pas partie de votre planification stratégique? Est-ce plutôt que la commission n'est pas vraiment appelée à intervenir dans ce domaine? Je pense surtout à la santé mentale des hommes qui posent ces gestes, car ce sont eux qui sont malades.

**M. Rodrigue :** Je pense que vous avez raison. Les mandats de la commission ont été mis à jour, mais je pense qu'ils n'ont pas fait l'objet d'une large consultation. Il s'agissait d'une décision du Conseil des ministres et ils ont annoncé cela lors d'un budget. Je crois que de ce côté le mandat est large. C'est vraiment le

appropriate for Canadians and Quebecers. In that respect, I'm in complete agreement with you.

The way we operate is very simple. We work upstream to assess the situation and analyze where there are gaps and where we could play a role. We prioritize certain sectors with the resources at our disposal. Among the sectors prioritized are e-mental health, because that can have an impact, as well as suicide prevention, which we can also have an impact on. We've developed a made-in-Canada approach to community-based suicide prevention; I'm very pleased with the impact this approach has had in New Brunswick, where it's been implemented. That's sort of how it's identified.

We also identify needs that can't be met; we add those needs to the issues to be addressed if we can get additional funding. There's work to be done when it comes to violence against children and women, and the people who perpetrate it.

**Senator Mégie:** I'd like to come back to e-health apps, given that the commission may have limited resources to validate all of this. You said there were 800 apps, of which only three have been validated to help people.

Would it take validation committees to evaluate the others? There has to be oversight; there's also the misinformation that everyone knows about that goes through that same channel. Is there a way to carry out oversight, without playing a police role?

**Mr. Rodrigue:** Yes, absolutely. Over the past four years, we've developed app standards. These standards have been validated and, since we're not reinventing the wheel, we've established a partnership with a company in Great Britain that has already deployed an app assessment in several countries. We're now in the process of evaluating apps in one province as part of a pilot project. With funding, we'll be able to do this work across Canada.

The way it works is quite simple. App creators submit their apps, with a modest fee. Then they receive a category-by-category report, where a 70% score, for example, would indicate that the app is safe overall, but that there is room for improvement.

They can then work on their app and resubmit it. Apps must be resubmitted every six months because they need to be updated for use by health care professionals or the general public and to ensure they remain safe.

moment de discuter du mandat de la commission et de ce qui est opportun pour les Canadiens et les Canadiennes, ainsi que pour les Québécois et les Québécoises. De ce côté-là, je suis tout à fait d'accord avec vous.

La façon dont on fonctionne est très simple. On fait du travail en amont pour évaluer la situation et analyser où il y a des écarts et où on pourrait jouer un rôle. Avec les ressources dont on dispose, on priorise certains secteurs. Parmi les secteurs prioritaires, il y a la cybersanté mentale, parce que cela peut avoir un impact, ainsi que la prévention du suicide, sur lequel on peut aussi avoir un impact. On a développé une approche conçue au Canada sur la prévention communautaire du suicide; je suis très content de l'impact de cette approche au Nouveau-Brunswick, où on l'a mise en œuvre. C'est un peu comme cela qu'on l'identifie.

On identifie aussi des besoins auxquels on ne peut pas répondre; on ajoute ces besoins dans les enjeux à traiter si on peut obtenir du financement additionnel. Il y aurait lieu de faire du travail dans le cas de la violence qu'on fait vivre aux enfants et aux femmes et pour les gens qui posent ces gestes.

**La sénatrice Mégie :** Je reviens sur les applications de cybersanté, étant donné que la commission pourrait avoir des ressources limitées pour valider tout cela. Vous avez dit qu'il y avait 800 applications dont seulement 3 ont été validées pour aider les gens.

Est-ce que cela prendrait des comités de validation pour évaluer les autres? Il faut qu'il y ait une surveillance; il y a aussi la désinformation que tout le monde connaît qui passe par cette même voie. Y a-t-il un moyen, sans jouer le rôle de la police, d'effectuer une surveillance?

**Mr. Rodrigue :** Oui, tout à fait. Au cours des quatre dernières années, nous avons développé des normes pour les applications. Ces normes ont été validées et, comme on ne réinvente pas la roue, on a établi un partenariat avec une entreprise en Grande-Bretagne qui a déjà déployé une évaluation des applications dans plusieurs pays. Nous en sommes maintenant à évaluer les applications auprès d'une province avec un projet pilote. Avec le financement, on pourra faire ce travail partout au Canada.

La façon dont cela se passe est assez simple. Les créateurs d'applications doivent soumettre leur application, avec un prix modeste. Ils reçoivent ensuite un rapport selon les catégories; une note de 70 %, par exemple, indiquerait qu'en somme l'application est sécuritaire, mais qu'il y a des progrès à faire.

Ils peuvent ensuite travailler sur leur application et la soumettre de nouveau. Les applications doivent être soumises de nouveau tous les six mois, parce qu'elles doivent être mises à jour pour que les professionnels de la santé ou le grand public puissent les utiliser et pour s'assurer qu'elles demeurent sécuritaires.

As for what I quoted earlier, this is a study, not an evaluation. They looked at apps that were available in the Apple Store and other stores; of those apps, they identified 800. There were only three that were evidence-based — three out of 800. There are tens of thousands of apps. That doesn't mean that we have to evaluate all apps, but we have to work with the providers and the people who develop them to raise their awareness, so that they develop sound, evidence-based apps, effective apps that enable you to do a good job.

**Senator Mégie:** Thank you very much.

**Senator Poirier:** I just want to make sure I've got this right. You said earlier that during the COVID-19 period, the rate of mental health issues among young people went up and then remained stable. You also talked about programs that gave them access to help. You said that, in severe cases, they may have access to an individual or a doctor who can work with them, but that many problems have been solved thanks to certain programs they have access to. Did I understand correctly?

**Mr. Rodrigue:** You've clearly understood that it's part of the solution — not the only solution, but part of the solution. Sometimes you need a supportive consultation with peer support groups or an individual, and afterwards, with a validated app, it helps me to get through the moment I've experienced, which was difficult, and to get through the recovery. It will support people in that process.

**Senator Poirier:** That brings me to my next question. To access these programs, you have to go through a doctor. Can they access the programs? The reason for my question is that I've been hearing a lot, especially in recent years, that a lot of young people with mental health issues tend to be in school. We realize this when young people open up to certain teachers who are close to them, rather than talking to their parents. That's what we're hearing. I wonder to what extent these programs are available. Do schools know that they're available and that young people can access them? They have social workers in the schools. Are the programs available or do you always have to go through a doctor to access them?

**Mr. Rodrigue:** Excellent question. I think in an ideal world where everyone had a family doctor, it would be great to have that door. However, that's just not the case, so you don't need to go through a doctor. Tiered service provision means that you won't see a doctor until you reach a certain level. First, you'll have seen various people who can provide support, such as social workers, psychologists, and so on. So there are other health care providers who are able to support users, including apps and

Concernant ce que je citais tout à l'heure, c'est une étude et pas une évaluation. Ils ont étudié des applications qui étaient disponibles sur Apple Store et d'autres magasins; parmi ces applications, ils en ont recensé 800. Il y en avait seulement 3 qui étaient basées sur des données probantes — 3 sur 800. Il existe des dizaines de milliers d'applications. Cela ne veut pas dire qu'il faut évaluer toutes les applications, mais il faut travailler avec les fournisseurs et les gens qui les développent pour les conscientiser, afin qu'ils développent des applications saines et validées par des données probantes, des applications efficaces qui permettent de faire du bon travail.

**La sénatrice Mégie :** Merci beaucoup.

**La sénatrice Poirier :** Je veux juste être sûre d'avoir bien compris. Vous avez dit plus tôt que, durant la période de la COVID-19, en ce qui concerne les problèmes de santé mentale chez les jeunes, le taux a monté, puis est resté stable. Vous avez aussi parlé de programmes qui leur donnaient accès à de l'aide. Vous avez dit que, dans certains cas sévères, ils peuvent avoir accès à une personne ou à un médecin qui peut travailler avec eux, mais que plusieurs problèmes ont été réglés grâce à certains programmes auxquels ils ont accès. Est-ce que j'ai bien compris?

**M. Rodrigue :** Vous avez bien compris que cela fait partie de la solution — sans être la seule solution, cela fait partie de la solution. On a parfois besoin d'une consultation d'appui avec un groupe de pairs aidants ou un individu et après, avec une application validée, cela permet de vivre le moment que j'ai vécu, qui était difficile, et de vivre le rétablissement. Cela va appuyer les gens dans ce processus.

**La sénatrice Poirier :** Cela m'amène à ma prochaine question. Pour avoir accès à ces programmes, il faut passer par un médecin. Peuvent-ils avoir accès aux programmes? La raison de ma question est que j'entends beaucoup dire, surtout depuis les dernières années, que beaucoup de jeunes qui ont des problèmes de santé mentale se trouvent plutôt dans les écoles. On s'en rend compte quand les jeunes s'ouvrent à certains professeurs qui sont proches des jeunes, plutôt que de parler à leurs parents. C'est ce qu'on entend. Je me demande à quel point ces programmes sont disponibles. Est-ce que les écoles savent qu'ils sont disponibles et que les jeunes peuvent y avoir accès? Ils ont des travailleurs sociaux dans les écoles. Est-ce que les programmes sont disponibles ou faut-il toujours passer par un médecin pour y avoir accès?

**M. Rodrigue :** Excellente question. Je pense que, dans un monde idéal où tout le monde aurait accès à un médecin de famille, ce serait génial d'avoir cette porte-là. Cependant, ce n'est tout simplement pas le cas, donc on n'a pas besoin de passer par un médecin. L'offre de service par palier veut justement dire qu'on n'ira pas voir de médecin avant d'atteindre un certain palier. On aura vu d'abord différentes personnes qui sont en mesure de donner un soutien, comme des travailleurs

artificial intelligence, which is making great strides in mental health. Sometimes it scares us, but there are significant advances.

**Senator Poirier:** Thank you for the good work you do.

**Senator Aucoin:** Could you explain these electronic apps a little more? You said that out of 800 applications, only three were evidence-based. What does that mean, and how do these apps actually work? I just want to understand a little better.

**Mr. Rodrigue:** In terms of evidence, this means that there is research that has followed the development of the app and, through this research, we can determine that the app is effective, whether it's to support someone who has a mood disorder or is experiencing the onset of burnout or depression. That's kind of the approach.

The way it works.... That's a very broad question. I can give you an example. You can have someone with you who asks you questions to find out how you're doing. This will give you tips on how to change your habits. For example, things may seem pretty dark when you get up in the morning. It doesn't replace a person, but through e-mental health, there are also virtual consultations such as phones, videos, chats and text messages. Young people use this a lot. There are some great programs that allow young people to access care whenever they want. One example is Kids Help Phone. It's really important for them, and it saves lives every day; it's important to say so.

**Senator Moncion:** I want to go back to what you said about the provincial interswitching that existed during the pandemic. What made that happen during the pandemic and, as soon as the pandemic was over, it didn't exist anymore? Everyone's gone back to their own little corners, and it's back to provincial turfs.

**Mr. Rodrigue:** That's a difficult question to answer. I'll give you my own view.

Human nature is such that we'll always go back to our old habits, because it's comfortable.

Second, we've been talking about e-mental health for 10 or 15 years. We were able to deploy these services in real time at the start of the pandemic. Why? Because there were no other options. I think it's important to emphasize that. Practitioner remuneration is important in that regard. Again, it's more effective. Using practitioners, people who are trained, is more

sociaux, des psychologues, etc. Donc, il y a d'autres fournisseurs de soins de santé qui sont en mesure d'appuyer les usagers, y compris des applications et l'intelligence artificielle qui fait des avancées importantes en santé mentale. Parfois, cela nous effraie, mais il y a des avancées importantes.

**La sénatrice Poirier :** Merci pour le beau travail que vous faites.

**Le sénateur Aucoin :** Est-ce que vous pourriez expliquer un peu plus ces applications électroniques? Vous avez dit que, sur 800 applications, 3 seulement étaient basées sur des données probantes. Qu'est-ce que cela veut dire, et comment ces applications fonctionnent-elles dans la réalité? Je veux juste comprendre un peu mieux.

**M. Rodrigue :** Par rapport aux données probantes, cela veut dire qu'il y a des recherches qui ont suivi le développement de l'application et, au moyen de ces recherches, on peut déterminer que l'application est efficace, que ce soit pour appuyer une personne qui a un trouble de l'humeur ou qui vit le début d'un surmenage professionnel ou d'une dépression. C'est un peu l'approche.

La façon dont cela fonctionne... C'est très large comme question. Je peux vous donner un exemple. Tu peux avoir quelqu'un qui t'accompagne et qui te pose des questions pour savoir comment tu vas. Cela va donner des trucs pour changer tes habitudes. Par exemple, tu peux voir les choses en noir en te levant le matin. Cela ne remplace pas une personne, mais grâce à la cybersanté mentale, il y a aussi des consultations virtuelles comme des téléphones, des vidéos, des clavardages et des messages textes. Les jeunes font beaucoup appel à cela. Il y a des programmes formidables qui permettent aux jeunes d'avoir accès à des soins quand ils le souhaitent. Par exemple, on pense à Jeunesse, J'écoute. C'est vraiment important pour eux et cela sauve des vies au quotidien; c'est important de le dire.

**La sénatrice Moncion :** Je veux revenir sur ce que vous avez dit sur l'interconnexion provinciale qui existait pendant la pandémie. Qu'est-ce qui a fait que cela a existé pendant la pandémie et que, dès que la pandémie est terminée, cela n'existe plus? Tout le monde est retourné dans son petit coin et cela redevient des chasses gardées des provinces?

**M. Rodrigue :** C'est une question à laquelle il est difficile de répondre. Je vais vous donner ma perception personnelle.

La nature humaine est telle qu'on va toujours revenir à nos bonnes vieilles habitudes, parce que c'est confortable.

Deuxièmement, cela fait 10 ou 15 ans qu'on parle de cybersanté mentale. On a pu déployer ces services en temps réel au début de la pandémie. Pourquoi? Parce qu'il n'y avait pas d'autres options. Je pense que c'est important de le souligner. La rémunération des praticiens et praticiennes est importante de ce côté-là. Encore une fois, c'est plus efficace. L'usage des

effective. There are fewer missed appointments. For some people, if you don't have a car, you have to rely on public transit to get to an appointment and miss work without getting reimbursed. There are major advantages for people. If there's a place where consultations can take place, you don't have to live with the taboo of going into a psychiatrist or psychologist's office. There are other advantages there, and that's why it works well and is effective in mental health.

**Senator Moncion:** But it's the inter—

**Mr. Rodrigue:** To be honest, the health ministers have set a target for physicians, but I think it really needs to be extended to other professionals who provide mental health care, to make sure that someone practising in Quebec can provide services across the border, whether it's in Ontario or New Brunswick, and vice versa. We'll never have enough health care professionals in the communities where they're needed. If it's a choice between not getting services or getting quality, culturally appropriate service, my choice is to get service when I need it.

**The Chair:** Thank you very much. First of all, thank you for your testimony and for answering our questions. At the same time, it's quite troubling to see that mental health issues are growing in Canada and among young people, and that your organization isn't receiving the necessary funding. If you were the main negotiator between the federal government and the provinces on health agreements — some have been signed recently — what would you negotiate more solidly to take mental health needs into account?

**Mr. Rodrigue:** I think that, in that regard — with all due respect to the provinces and territories, because they're closer to the people and are more familiar with the needs — one thing I would put forward is to ensure that a percentage of mental health investment goes toward addiction disorders. Too often, because of the stigma I referred to, which is also present in health care, people will prioritize physical health over mental health.

If I were at the table, that would be one of the lines I would draw.

**The Chair:** Thank you very much for your testimony and your work.

praticiens et praticiennes, des gens qui sont formés, est plus efficace. Il y a moins de rendez-vous manqués. Pour certaines personnes, si on n'a pas de voiture, il faut se fier aux transports en commun pour aller à un rendez-vous et manquer le travail sans recevoir de remboursement. Il y a des avantages importants pour les gens. S'il existe un espace où on peut faire des consultations, on n'a pas à vivre le tabou qui est d'entrer dans le bureau d'un psychiatre ou d'un psychologue. Il y a d'autres avantages de ce côté-là et c'est pourquoi cela fonctionne bien et c'est efficace en santé mentale.

**La sénatrice Moncion :** Mais c'est l'inter...

**M. Rodrigue :** Pour être franc, les ministres de la Santé se sont dotés d'un objectif pour ce qui est des médecins, mais je pense qu'il faut vraiment élargir tout cela aux autres professionnels qui offrent des soins de santé mentale, pour s'assurer que quelqu'un qui pratique au Québec peut offrir des services de l'autre côté de la frontière, que ce soit en Ontario ou au Nouveau-Brunswick, et vice versa. On n'aura jamais suffisamment de professionnels de la santé dans les communautés où on en a besoin. Si on doit choisir entre ne pas obtenir de services ou avoir des services de qualité qui sont culturellement adaptés, mon choix est d'obtenir un service quand j'en ai besoin.

**Le président :** Merci beaucoup. Merci d'abord pour votre témoignage et merci pour vos réponses à nos questions. En même temps, il est assez troublant de constater que les enjeux de santé mentale sont grandissants au Canada et chez les jeunes et que votre organisation ne reçoit pas le financement nécessaire. Si vous étiez le principal négociateur entre le gouvernement fédéral et les provinces sur les ententes en matière de santé — il y en a qui ont été signées récemment —, sur quoi est-ce que vous négocieriez plus solidement pour prendre en compte les besoins en santé mentale?

**M. Rodrigue :** Je pense que, de ce côté-là — avec tout le respect que je dois accorder aux provinces et territoires, parce qu'ils sont plus près des gens et qu'ils connaissent mieux les besoins —, un des éléments que je mettrai de l'avant est de m'assurer qu'un pourcentage d'investissement en santé mentale va du côté des troubles de dépendance. Trop souvent, en raison de la stigmatisation à laquelle j'ai fait référence qui est aussi présente en santé, les gens vont privilégier la santé physique plutôt que la santé mentale.

Si j'étais à cette table, ce serait une des lignes rouges que je mettrai en place.

**Le président :** Merci beaucoup pour votre témoignage et pour votre travail.

Colleagues, thank you for your insightful questions. This concludes our meeting this evening. Thank you, and have a good evening.

(The committee adjourned.)

Chers collègues, merci pour vos questions pertinentes. C'est ainsi que se termine notre réunion ce soir. Merci et bonne fin de soirée.

(La séance est levée.)

---