

EVIDENCE

OTTAWA, Monday, June 3, 2024

The Standing Senate Committee on Official Languages met with videoconference this day at 5 p.m. [ET] to study matters relating to minority-language health services; and in camera, to consider a draft report on the subject matter of those elements contained in Division 24 of Part 4 of Bill C-69, An Act to implement certain provisions of the budget tabled in Parliament on April 16, 2024.

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

[*Translation*]

The Chair: I am René Cormier, senator from New Brunswick and chair of the Standing Senate Committee on Official Languages. Before we begin, I would like to ask all senators and other in-person participants to consult the cards on the table for guidelines to prevent audio feedback incidents.

Please take note of the following preventative measures in place to protect the health and safety of all participants, including the interpreters.

If possible, ensure that you are seated in a manner that increases the distance between microphones. Only use a black approved earpiece. The former grey earpieces must no longer be used. Keep your earpiece away from all microphones at all times. When you are not using your earpiece, place it face down, on the sticker placed on the table for this purpose. Thank you all for your cooperation.

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

Senator Poirier: Rose-May Poirier from New Brunswick.

Senator Mégie: Marie-Françoise Mégie from Quebec.

Senator Moncion: Lucie Moncion from Ontario.

The Chair: Thank you and I wish to welcome all of you and viewers across the country who may be watching.

I would like to point out that I am taking part in this meeting from within the unceded traditional territory of the Algonquin Anishinaabe nation.

Tonight, we continue our study on minority-language health services by welcoming organizations able to address the theme of vulnerable communities, one of the seven themes of our study.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le lundi 3 juin 2024

Le Comité sénatorial permanent des langues officielles se réunit aujourd'hui, à 17 heures (HE), avec vidéoconférence, pour étudier les services de santé dans la langue de la minorité; et à huis clos, pour étudier une ébauche de rapport sur la teneur des éléments de la section 24 de la partie 4 du projet de loi C-69, Loi portant exécution de certaines dispositions du budget déposé au Parlement le 16 avril 2024.

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

[*Français*]

Le président : Je m'appelle René Cormier, sénateur du Nouveau-Brunswick et président du Comité sénatorial permanent des langues officielles. Avant de commencer, je voudrais demander à tous les sénateurs et aux autres participants qui sont en personne de consulter les cartes sur la table pour connaître les lignes directrices visant à prévenir les incidents liés au retour de son.

Veuillez prendre note des mesures préventives suivantes, qui ont été mises en place pour protéger la santé et la sécurité de tous les participants, y compris les interprètes.

Dans la mesure du possible, veillez à vous asseoir de manière à augmenter la distance entre les microphones. N'utilisez qu'une oreillette noire homologuée; les anciennes oreillettes grises ne doivent plus être utilisées. Tenez votre oreillette éloignée de tous les microphones à tout moment. Lorsque vous n'utilisez pas votre oreillette, placez-la, face vers le bas, sur l'autocollant placé sur la table à cet effet. Merci à tous de votre coopération.

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

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

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

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

Le président : Merci et bienvenue, chers collègues, ainsi qu'aux téléspectateurs de tout le pays qui nous regardent.

Je tiens à souligner que les terres à partir desquelles je vous parle font partie du 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 organismes en mesure de traiter du thème des communautés vulnérables, un des sept thèmes de notre étude.

For our first panel, we welcome in person Catherine St-Hilaire, assistant coordinator at the Francophone Immigration Support Network of Eastern Ontario. Welcome, Ms. St-Hilaire.

We also welcome our witness joining us by video conference, Salwa Meddri, manager at the Réseau en immigration francophone du Manitoba. Welcome, Ms. Meddri.

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

Catherine St-Hilaire, Assistant Coordinator, Francophone Immigration Support Network of Eastern Ontario: Thank you. My name is Catherine St-Hilaire and I am assistant coordinator at the Francophone Immigration Support Network of Eastern Ontario.

Honourable senators, members of the Standing Senate Committee on Official Languages, thank you for this opportunity to address you as part of this study on minority-language health services.

I would first like to thank you for inviting the Francophone Immigration Support Network of Eastern Ontario to testify as part of your study. The Francophone Immigration Support Network of Eastern Ontario — hereinafter referred to as the network — is an Immigration, Refugees and Citizenship Canada program that's been coordinated by the Economic and Social Council of Ottawa-Carleton since 2007. Through consultation, planning and promotion of immigration partnerships and initiatives with regional stakeholders in various areas of eastern Ontario, the network aims to foster the successful attraction, welcoming, settlement and socio-economic integration of francophone newcomers throughout eastern Ontario, from Kingston to Hawkesbury and Ottawa to Cornwall, up to the Quebec border.

In January 2023, the network created a health component with a “francophone immigration” lens in its secretariat, with a resource person dedicated to its coordination. This person is responsible for reaching out to health stakeholders in eastern Ontario who work closely or remotely with francophone immigrants to bring them on board the health sector working group so that they can highlight challenges, successes, needs and actions to be implemented within the sector.

The working group now has over 40 members, and it keeps growing. For the first stage, they were asked to respond to a study devoted to drawing up a summary report on the overall health services — physical, psychosocial and mental — available to francophone immigrants in eastern Ontario.

Pour notre premier groupe de témoins, nous accueillons en présentiel Mme Catherine St-Hilaire, gestionnaire adjointe au Réseau de soutien à l'immigration francophone pour l'Est de l'Ontario. Bienvenue, madame St-Hilaire.

Nous accueillons aussi, par vidéoconférence, Mme Salwa Meddri, gestionnaire au Réseau en immigration francophone du Manitoba. Bienvenue, madame Meddri.

Bonsoir à vous deux et merci d'avoir accepté notre invitation. Nous sommes prêts à entendre vos remarques liminaires, qui seront suivies d'une période de questions des sénateurs et sénatrices.

Catherine St-Hilaire, gestionnaire adjointe, Réseau de soutien à l'immigration francophone pour l'Est de l'Ontario : Merci. Je m'appelle Catherine St-Hilaire et je suis gestionnaire adjointe au Réseau de soutien à l'immigration francophone pour l'Est de l'Ontario.

Honorables sénateurs et sénatrices, membres du Comité sénatorial permanent des langues officielles, merci de m'offrir cette occasion de vous adresser la parole dans le cadre de cette étude sur les services de santé dans la langue de la minorité.

J'aimerais d'abord vous remercier d'avoir invité le Réseau de soutien à l'immigration francophone de l'Est de l'Ontario à venir témoigner dans le cadre de votre étude. Le Réseau de soutien à l'immigration francophone de l'Est de l'Ontario — ci-après nommé le réseau — est un programme d'Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada, coordonné par le Conseil économique et social d'Ottawa-Carleton (CESOC) depuis 2007. Par la concertation, la planification et la promotion de partenariats et d'initiatives en immigration avec les acteurs régionaux de différents secteurs de l'Est de l'Ontario, le réseau vise à favoriser l'attraction, l'accueil, l'établissement et l'intégration socioéconomique réussis des nouveaux arrivants et nouvelles arrivantes francophones sur tout le territoire de l'Est de l'Ontario, soit de Kingston à Hawkesbury, en passant par Ottawa et Cornwall, jusqu'à la frontière du Québec.

Depuis janvier 2023, le réseau a créé un volet santé avec une lentille « immigration francophone » à l'intérieur de son secrétariat, avec une personne-ressource consacrée à sa coordination. Cette personne est responsable de rejoindre les parties prenantes en santé de l'Est de l'Ontario qui travaillent de près ou de loin avec l'immigration francophone pour les réunir à une table, le Groupe de travail sectoriel en santé, afin de faire ressortir les défis, les succès, les besoins et les actions à mettre en place au sein du secteur.

Il y a maintenant plus de 40 membres, et cela continue d'augmenter. Pour la première étape, on leur a demandé de répondre à une étude dont le mandat est de dresser un état des lieux sommaire sur les services offerts en santé globale — physique, psychosociale et mentale — aux personnes immigrantes francophones dans l'Est de l'Ontario.

Thanks to that status report and the comments that emerged from the various discussions with our partners over the past few years, here are some of the findings and suggestions we'd like to share with you.

The topic that came up repeatedly — and, in our view, the Canadian government should play a leadership role in this area — is the need to identify a person's language preference on the health card, in our case in Ontario, to ensure that they are served in French or given the choice, where possible.

People could make this choice beforehand, and when immigrants arrive in Canada, they would choose their language of immigration, French or English. It would be very simple to add this to their card or file, so that they can obtain services in French when they are available. It would make things easier, especially since the language question isn't always asked at the reception desk.

In addition, it would be an excellent way for Health Canada to obtain data on francophone patients and gather statistics with which to make progress on other work points. It would also help newcomers understand that there are French-language health services in our regions and that they have the right to request them.

On the issue of the population in general, people are aging and they need health services more and more. This is a reality we need to keep in mind, while also taking into account the shortage of health care workers; the two realities intersect.

Francophones working in health care are also aging. That's why it's important, from an "immigrant lens" perspective, to address the issue of recognition of prior learning and diplomas, to enable foreign-born and trained health care professionals to offer services in French, to serve the people in French and to offer culturally adapted services, therefore with added cultural competence, thanks to the fact that they also come from different cultures.

We also need to make working in health care in French more attractive so that young people decide to study in the field. Once again, it's important to have examples and models from immigrant backgrounds and cultures who are practising health care professionals; this is vital for young people from immigrant backgrounds. It enables them to see themselves in the future as doctors, pharmacists, surgeons, nurses and so on. So having someone who looks like them helps them project themselves into the future and become an integral part of our francophone health services in this country.

Grâce à cet état des lieux et aux commentaires qui sont ressortis des différentes discussions avec nos partenaires au cours des dernières années, voici quelques constatations et suggestions que nous vous faisons.

Le sujet qui a été abordé à maintes reprises — et, selon nous, le gouvernement canadien devrait jouer un rôle de leadership dans ce volet —, c'est la nécessité d'identifier la langue parlée de la personne sur la carte santé, dans notre cas en Ontario, pour s'assurer de servir la personne en français ou lui en donner le choix, lorsque c'est possible.

Les personnes pourraient faire ce choix au préalable, et pour ce qui est du cas des personnes dans le cadre de l'immigration, lorsque ces dernières arrivent au Canada, elles choisiraient leur langue d'immigration, que ce soit le français ou l'anglais. Ce serait donc très simple d'ajouter cette mention sur leur carte ou dans leur dossier afin qu'elles obtiennent des services en français lorsqu'ils sont disponibles. Cela faciliterait la situation, surtout parce que la question de la langue n'est pas toujours posée à l'accueil.

De plus, ce serait un excellent moyen pour Santé Canada d'obtenir des données sur les clients francophones et d'avoir des statistiques avec lesquelles on pourrait progresser sur d'autres points de travail. Cela aiderait aussi les nouveaux arrivants à comprendre qu'il y a des services de santé en français dans nos régions et qu'ils ont le droit de les demander.

Sur la question de la population en général, la population vieillit et elle a de plus en plus besoin de services de santé. C'est une réalité qu'il faut garder en tête, tout en tenant compte de la pénurie de main-d'œuvre dans le domaine de la santé; ce sont deux réalités qui se croisent.

Les ressources humaines francophones dans le domaine de la santé vieillissent aussi. C'est pourquoi il est important, au point de vue de la « lentille immigrante », d'aborder la problématique de la reconnaissance des acquis et des diplômes, afin de permettre aux professionnels de la santé nés et formés à l'étranger d'offrir des services en français, de servir la population en français et d'offrir des services culturellement adaptés, donc avec une compétence culturelle ajoutée, grâce au fait que ces derniers sont issus également de différentes cultures.

Il faut aussi rendre attrayant le domaine de la santé en français pour que les jeunes décident de faire leurs études dans ce domaine. Encore une fois, il est important d'avoir des exemples et des modèles de personnes issues de l'immigration et de différentes cultures qui sont des professionnels qui pratiquent en santé; c'est primordial pour ces jeunes issus de l'immigration. Cela leur permet de se voir dans l'avenir comme un médecin, un pharmacien, un chirurgien, un infirmier, etc. Donc, avoir quelqu'un qui leur ressemble les aide à se projeter dans l'avenir et à faire partie intégrante de nos services de santé francophones au pays.

We also need to encourage physicians and health care professionals to go outside the major urban centres. The network has a mandate to regionalize immigration to help our small francophone communities maintain their vitality; however, if essential services such as early childhood services, but especially French-language health services, are not available in those regions, it's very hard for us to fulfill that mandate.

Finally, I'd also like you to focus your thinking on the needs for mental health services in French across Canada, and of course in eastern Ontario. It's important to have prevention services, awareness services — to counter taboos — an understanding of well-being and more formal mental health services. It's essential that the services be offered in French, culturally adapted and respectful of the journey the person has just been through, whether they are an economic immigrant arriving before their family, who will join them in the months or years to come, a refugee from a war or conflict zone who is in a crisis situation due to their family being displaced or a lack of housing, or another of many more situations. We could go on and on about the mental health situation. If you have any questions, I'd be happy to answer them.

Thank you for your attention and I hope my talking points resonate with you this evening.

Salwa Meddri, Manager, Réseau en immigration francophone du Manitoba: Members of the Standing Senate Committee on Official Languages, thank you for inviting me to appear tonight.

My name is Salwa Meddri, and I'm the manager of the Réseau en immigration francophone du Manitoba.

One of our network's mandates is to work with various organizations, institutions and levels of government to improve the francophone pathway for people from immigrant backgrounds. This pathway, which focuses on settlement services, is inexorably linked to health care.

As you already know, the issues identified in your study are interrelated. However, I'm going to focus on a few of them, namely the inclusion of language clauses in federal health transfers; the shortage of health care professionals in institutions that provide services to official language minority communities; and finally, the needs of francophone post-secondary institutions outside Quebec.

As for including language clauses in federal health transfers, designating certain sites as bilingual is a good start. However, this initiative must be reinforced with other measures.

Il faut aussi inciter les médecins et les professionnels de la santé à aller hors des grands centres urbains. Le réseau a le mandat de régionaliser l'immigration pour aider nos petites communautés francophones à garder leur vitalité; toutefois, si les services essentiels comme les services à petite enfance, mais surtout les services de santé en français, ne sont pas disponibles dans ces régions, il est très difficile pour nous de remplir ce mandat.

Finalement, j'aimerais aussi orienter votre réflexion sur les besoins en santé mentale en français partout au Canada, et bien sûr dans l'Est de l'Ontario. Il est important d'avoir des services de prévention, de sensibilisation — pour contrer les tabous —, de compréhension du bien-être et des services plus formels en santé mentale. Il est essentiel que ces services soient offerts en français, culturellement adaptés et respectueux du cheminement que la personne vient de vivre, que ce soit une personne immigrante économique, arrivée avant sa famille qui viendra la rejoindre dans les mois ou les années à venir, une personne réfugiée provenant d'une zone de guerre ou de conflit, qui est en situation de crise face au déplacement de sa famille ou en raison du manque de logement, et bien plus. On pourrait parler très longtemps de la situation de la santé mentale. Si vous avez des questions, je serai heureuse d'y répondre.

Je vous remercie de votre attention et j'espère que mes points de discussion résonnent chez vous ce soir.

Salwa Meddri, gestionnaire, Réseau en immigration francophone du Manitoba : Mesdames et messieurs les membres du Comité sénatorial permanent des langues officielles, je vous remercie de m'avoir invitée à comparaître aujourd'hui.

Je m'appelle Salwa Meddri, gestionnaire au Réseau en immigration francophone du Manitoba.

Notre réseau, en collaboration avec divers organismes, institutions et ordres de gouvernement, a notamment pour mandat d'améliorer le parcours francophone des personnes issues de l'immigration. Ce parcours, qui se concentre sur les services d'établissement, est indissociable de l'accès aux soins de santé.

Vous le savez déjà, les enjeux identifiés dans le cadre de votre étude sont interreliés. Cependant, je vais me concentrer sur quelques-uns d'entre eux, notamment l'inclusion de clauses linguistiques dans les transferts fédéraux en matière de santé; la pénurie de professionnels de la santé dans les établissements qui offrent des services auprès des communautés de langue officielle en situation minoritaire; finalement, les besoins des établissements postsecondaires francophones à l'extérieur du Québec.

Pour ce qui est de l'inclusion de clauses linguistiques dans les transferts fédéraux en matière de santé, la désignation bilingue de certains sites représente un bon début. Cependant, il est

The “by the community, for the community” approach often takes a backseat when budgets are being allocated in the provinces and territories.

It’s therefore crucial to encourage active supply and to equip ourselves with what we need to achieve that. For example, this could include a language proficiency test to assess the language skills of health care staff in health care establishments and get an accurate picture of the situation. Language performance indicators could also be put in place to evaluate and monitor the delivery of health services in both official languages. This would help to ensure that services are indeed offered equitably and efficiently.

With respect to the shortage of health care professionals in establishments providing services to official language minority communities, it’s important to point out a few key elements. I’ll use Manitoba as an example and benchmark. When we look at the workforce forecast in Manitoba up to 2026, among the sectors that will be in short supply, the health sector will have a rate of 69%. Among the 10 professions most affected by the shortages are nurse practitioners and psychiatric nurses, to name but a few. Nurses are number three on the list.

When it comes to vacant positions designated as bilingual, as part of a pilot project conducted in Manitoba in 2021, 52% of clinical positions within the Winnipeg Regional Health Authority, or WRHA, were found to be vacant or under-filled. It should be noted that clinical positions include nurses, mental health workers and social workers.

That brings us to the needs of francophone post-secondary institutions outside Quebec. Francophone post-secondary institutions outside Quebec face specific challenges in recruiting, training and supporting future graduates in health disciplines — and by that I mean people from francophone immigrant backgrounds. Those challenges include very demanding language admission criteria.

Strict language criteria often exclude potential students before they even have a chance to enrol; barriers also exist for access to nursing tests and for those who decide to take the plunge. I always use the National Nursing Assessment Service, or NNAS, and the requirements of the colleges in the various provinces and territories as an example, so there are major issues and obstacles to overcoming this barrier.

essentiel de renforcer cette initiative en adoptant d’autres mesures.

Souvent, l’approche « par et pour » est reléguée au second plan lors de l’allocation des budgets dans les provinces et les territoires.

Il est donc crucial de favoriser l’offre active et de se doter des moyens nécessaires pour y parvenir. Cela pourrait inclure, par exemple, un examen de compétences linguistiques qui permettrait d’évaluer les compétences linguistiques du personnel soignant dans les établissements de santé pour obtenir un portrait précis de la situation. On pourrait aussi mettre en place des indicateurs de performance linguistique pour évaluer et surveiller la prestation de services de santé dans les deux langues officielles. Cela permettrait de s’assurer que les services sont effectivement offerts de manière équitable et efficace.

Concernant la pénurie de professionnels de la santé dans les établissements assurant des services auprès des communautés de langue officielle en situation minoritaire, il est important de souligner quelques éléments clés. Je prends le Manitoba comme exemple et comme point de repère. Quand on regarde les prévisions relatives à la main-d’œuvre au Manitoba d’ici 2026, parmi les secteurs qui seront en pénurie, le secteur de la santé aura un taux de 69 %. Parmi les 10 professions les plus touchées par ces pénuries, il y a les infirmières praticiennes et infirmières en psychiatrie, et j’en passe. Les infirmières se trouvent en troisième position.

Pour les vacances dans les postes désignés bilingues, dans le cadre d’un projet pilote mené au Manitoba en 2021, il est ressorti de cela que les postes cliniques vacants ou sous-occupés représentaient 52 % des postes au sein de l’Office régional de la santé de Winnipeg (ORSW). Il faut noter que les postes cliniques regroupent les infirmières, les travailleurs en santé mentale et les travailleurs sociaux.

Cela nous amène aux besoins des établissements postsecondaires francophones à l’extérieur du Québec. Les établissements postsecondaires francophones à l’extérieur du Québec font face à des défis particuliers en matière de recrutement, de formation et d’accompagnement des futurs diplômés des disciplines de la santé — et des personnes issues de l’immigration francophone, j’entends. Ces défis incluent notamment des critères d’admission linguistiques qui sont, en effet, très élevés.

Les critères stricts sur le plan linguistique excluent souvent des étudiants potentiels avant même qu’ils aient la possibilité de s’inscrire; il faut y ajouter des barrières d’accès aux tests du personnel infirmier et pour les personnes qui décident de franchir le pas. Je prends toujours en exemple le Service national d’évaluation infirmière (SNEI) et les exigences des collèges des différentes provinces et des territoires; il y a donc des enjeux et des obstacles majeurs pour dépasser cette barrière.

On the other hand, some potential solutions could be considered; in particular, barriers could be eliminated by simplifying and standardizing procedures for foreign-trained health care professionals to facilitate their integration into the Canadian health care system.

We could also develop partnerships with foreign countries to offer training that would be recognized right away in Canada, instead of making people start the process over again once they arrive in the country.

We could also offer incentives for francophone employers. There are francophone employers outside health care establishments, because some private sector organizations are potential employers and they recruit this skilled workforce.

Providing incentives to recruit qualified francophone staff and supporting employers through these steps could therefore be another avenue to consider. As Ms. St-Hilaire also mentioned, cultural competency training is certainly another challenge that needs to be tackled in parallel, to support current and future health care providers.

To achieve this, cultural competency training should be made mandatory for health care professionals to help them explore their values and attitudes towards their patients' cultures. This would promote more effective communication and reduce the uncertainty and misunderstanding that sometimes lead to clichés and stereotypes.

As you can see, the immigrant population plays a dual role: It can contribute as a skilled workforce to the health care provided to the general population, but it's also a beneficiary as a vulnerable community.

Thank you for your attention, and I remain available to you for any further questions or discussions.

The Chair: We will now go to questions.

Esteemed colleagues, being mindful of the time available to us, I propose that five minutes be given to each person for an initial round, including the question and answer.

I'll start with Senator Mégie; the floor is yours.

Senator Mégie: I'd like to thank our witnesses for being with us.

Ms. St-Hilaire, you've proposed some very good solutions, but I'm not sure how the federal government could get organized to move all those issues forward.

Quelques pistes de solutions pourraient en revanche être considérées; on pourrait notamment éliminer les barrières en simplifiant et uniformisant les démarches pour les professionnels de la santé formés à l'étranger afin de faciliter leur intégration dans le système de santé canadien.

On pourrait également développer des partenariats avec des pays étrangers pour offrir des formations qui seraient reconnues d'emblée au Canada, au lieu d'avoir à recommencer éternellement ce processus une fois qu'on arrive au pays.

On pourrait offrir des incitatifs pour les employeurs francophones. En effet, les employeurs francophones ne sont pas uniquement dans les établissements de santé, car certains organismes du secteur privé sont des employeurs potentiels et ils recrutent cette main-d'œuvre qualifiée.

Offrir des incitatifs pour le recrutement de personnel francophone qualifié et accompagner les employeurs dans ces démarches pourrait donc être une autre piste à considérer. Comme l'a aussi mentionné Mme St-Hilaire, la formation en compétences culturelles est assurément un autre défi auquel il faut s'attaquer en parallèle, et ce, afin d'accompagner les prestataires de soins de santé actuels et en devenir.

Pour cela, il faudrait rendre obligatoire la formation en compétences culturelles pour les professionnels de la santé, afin de les aider à explorer leurs valeurs et attitudes envers la culture de leurs patients. Cela favoriserait une communication plus efficace et permettrait de réduire l'incertitude et l'incompréhension qui mènent parfois à des clichés et à des stéréotypes.

Vous l'aurez compris, la population immigrante joue un double rôle : elle peut contribuer en tant que main-d'œuvre qualifiée aux soins de santé offerts à la population générale, mais elle en est également bénéficiaire en tant que population vulnérable.

Je vous remercie de votre attention et je suis à votre disposition pour toute question ou discussion supplémentaire.

Le président : Nous allons passer à la période des questions.

Chers collègues, conscient du temps qui est à notre disposition, je propose que cinq minutes soient accordées à chacun pour un premier tour de table, y compris la question et la réponse.

Je vais commencer par la sénatrice Mégie; la parole est à vous.

La sénatrice Mégie : Merci à nos témoins d'être parmi nous.

Madame St-Hilaire, vous avez proposé de très bonnes solutions, mais je ne vois pas trop comment le gouvernement fédéral pourrait s'organiser pour faire avancer tous ces dossiers.

I have another subquestion. Regarding someone's preferred language being indicated on the health card, it seems to me that other witnesses have told us at other meetings that people were reluctant to identify themselves as francophones so as not to have the mental burden of being responsible for speaking French in their clinic.

Since it's not really the role of the government, is there another way or are there other incentives that community organizations or others could work on?

Ms. St-Hilaire: You mean there are patients who feel uncomfortable having —

Senator Mégie: No, not patients, health care professionals they are trying to identify as francophones to ensure distribution in the communities. That would show who is receiving services in French. However, they are reluctant to identify as francophones.

Ms. St-Hilaire: First, that proves that being a francophone in an English-speaking environment often leads to loneliness, because you find yourself being asked to meet every need for service in French, which is often very cumbersome; I get that.

It also shows that we need more people working in health care who can speak French and serve patients.

In immigration agencies, when people start working they often ask them what languages they can work in, because sometimes they welcome people from abroad who have chosen French as their language of immigration but would be more comfortable in Arabic, Spanish or other languages.

That comes naturally to us in the community sector; so I think it would be worthwhile if everyone in health care could be identified based on the languages they can speak.

If there's a heavy workload in terms of serving everyone who requires care in French, in my opinion, that's an opportunity, not a problem situation. They should take advantage of that to get more members who speak French, instead of simply saying that it shouldn't be indicated — if I understood your question correctly.

Senator Mégie: Witnesses told us so.

Ms. St-Hilaire: That's fine; I get that.

Senator Mégie: I have another question.

J'ai une autre sous-question. Dans la langue parlée de la personne qui serait indiquée sur la carte santé, il me semble que d'autres témoins nous ont dit, lors d'autres réunions, que les gens hésitaient à s'identifier comme francophones pour ne pas avoir la lourdeur mentale d'être responsables de parler en français dans leur clinique.

Comme ce n'est pas vraiment le rôle d'un gouvernement, y a-t-il une autre façon ou d'autres mesures incitatives sur lesquelles les organismes communautaires ou d'autres pourraient travailler?

Mme St-Hilaire : Vous voulez dire qu'il y a des clients qui se sentent mal à l'aise d'avoir...

La sénatrice Mégie : Non, pas des clients, des professionnels de la santé qu'on essaie d'identifier comme francophones pour assurer une répartition dans les milieux. Cela permettrait de savoir à qui on offre des services en français. Cependant, ils hésitent à s'identifier comme francophones.

Mme St-Hilaire : Premièrement, cela prouve qu'être francophone dans un milieu anglophone crée souvent de la solitude, parce qu'on se retrouve à être sollicité pour répondre à tous les besoins de service en français, ce qui est souvent très lourd; je peux comprendre.

Cela montre aussi qu'on a besoin de plus de personnes travaillant dans le domaine de la santé qui peuvent parler français et servir les patients.

Dans les organismes d'immigration, on demande souvent aux gens, quand ils commencent à travailler, quelles sont les langues dans lesquelles ils peuvent travailler, parce que cela arrive de recevoir des gens qui viennent de l'étranger, qui ont choisi le français comme langue d'immigration, mais qui seraient plus à l'aise en arabe, en espagnol ou dans d'autres langues.

C'est quelque chose qu'on fait naturellement dans le domaine communautaire; je crois donc qu'il serait intéressant que tout le monde dans le domaine de la santé puisse être identifié selon les langues qu'ils savent parler.

S'il y a une lourdeur de travail pour ce qui est de servir toute la population qui demande des soins en français, à mon avis, c'est une notion de possibilité plutôt qu'une situation problématique. On devrait profiter de cette occasion pour avoir plus de membres qui parlent français, au lieu de dire qu'on ne devrait tout simplement pas l'indiquer — si j'ai bien compris votre question.

La sénatrice Mégie : Ce sont des témoins qui nous l'ont dit.

Mme St-Hilaire : C'est très bien; je peux comprendre.

La sénatrice Mégie : J'ai une autre question.

Making things attractive once again falls on the community sector; governments don't do it. However, isn't the incentive to move to the regions a provincial government responsibility, not a federal one? How is that done in Ontario?

Ms. St-Hilaire: It can be the provincial government, yes. Technically, health care is a provincial jurisdiction.

In my opinion, to a certain extent, making a community attractive is also about promoting Canada as such, promoting French abroad and promoting our communities abroad; it's a way to attract talent from our regions and abroad.

Again, if those individuals are selected for their skills, experience and diplomas, and we don't necessarily recognize them, they have to start all over again so sometimes they have to choose a location where it is easier.

If we make it easier to have diplomas and prior learning recognized, then we can promote outside the major urban centres. Obviously, if they come here knowing they are going to have to go back to school or do something else, they're going to move closer to the places that have post-secondary institutions — usually the larger urban centres — so they are going to move there as a family and stay put.

Senator Mégie: Actually, we've heard from other witnesses that when someone immigrates to Canada, even though they are told they will be part of the francophone community, that they will be welcomed and all of that, apparently the forms they have to fill out and the exams they have to take are all in English. What do you think of that?

The Chair: Ms. Meddri, would you like to respond?

Ms. Meddri: Certainly. This refers back to an example I gave earlier of the outright exclusion of francophone candidates in the health care sector. Again, if I take the example of foreign-trained nurses, they're required to pass two levels of testing. The first is at the federal level and it's administered in both official languages, French and English. Hold on to your hats: That test is administered by an entity in the United States. It's even paid for in U.S. dollars. The second test is administered by the colleges that govern the provincial or territorial accreditation standards. It's administered by these colleges under provincial or territorial jurisdiction and it's subject to their discretion, willingness and ability to offer the test in both languages.

That said, the language issue keeps coming up because the people we spoke to told us they weren't able to pass that language challenge. Even the technical vocabulary hadn't been translated for the tests offered in French. The translation was not adequate enough to allow the individual taking the test to

Créer l'attrait en tant que modèles, c'est encore une fois communautaire; cela ne vient pas des gouvernements. Cependant, l'incitatif d'aller en région, est-ce que cela ne vient pas du gouvernement provincial plutôt que du gouvernement fédéral? En Ontario, comment cela se passe-t-il?

Mme St-Hilaire : Oui, effectivement, cela peut être le gouvernement provincial. Techniquement, la santé est de compétence provinciale.

À mon avis, jusqu'à un certain point, créer une communauté attrayante, c'est aussi promouvoir le Canada en tant que tel, promouvoir le français à l'étranger et promouvoir nos communautés à l'étranger; c'est une manière d'attirer des talents dans nos régions et à l'extérieur.

Encore une fois, si ces personnes sont sélectionnées pour des compétences, des acquis et des diplômes, mais que ceux-ci ne sont pas nécessairement reconnus, tout est à recommencer, alors elles doivent parfois choisir un endroit où c'est plus facile.

Si on facilite la reconnaissance des diplômes et des acquis, ensuite on peut faire de la promotion à l'extérieur des grands centres. Évidemment, s'ils arrivent ici en sachant qu'ils devront refaire des études ou faire autre chose, ils vont se rapprocher des endroits qui comptent des institutions postsecondaires — habituellement les plus grands centres urbains — et ils vont donc s'y installer en famille et y rester.

La sénatrice Mégie : Justement, d'autres témoins nous ont dit que quand quelqu'un immigré au Canada, même si on dit à cette personne qu'elle fera partie de la communauté francophone, qu'il y aura un accueil et tout cela, apparemment les formulaires qu'ils doivent remplir et les examens qu'ils doivent passer sont tous en anglais. Quelle est votre opinion là-dessus?

Le président : Madame Meddri, voulez-vous répondre?

Mme Meddri : Certainement. Cela fait référence à un exemple que j'ai donné plus tôt de l'exclusion d'emblée des candidats d'expression française dans le secteur de la santé. Si je prends encore l'exemple du personnel infirmier formé à l'étranger, il y a deux niveaux de tests qu'il faut passer. Le premier est à l'échelle fédérale et est administré dans les deux langues officielles, le français et l'anglais. Tenez-vous bien : ce test est offert par une entité aux États-Unis. Il est même payé en dollars américains. Le deuxième test se fait du côté des collèges qui régissent la norme d'accréditation provinciale ou territoriale. Il est administré par ces collèges de compétence provinciale ou territoriale et il est sujet à la discrétion, la volonté et la capacité de ces derniers à offrir le test dans les deux langues.

Cela dit, le côté linguistique revient toujours, parce que les personnes avec lesquelles nous avons parlé nous ont dit qu'elles n'ont pas été en mesure de franchir ce cap du défi langagier. Même le vocabulaire technique n'a pas été traduit, même pour les tests offerts en français. La traduction n'a pas été faite de

complete it in the official language of their choice. That's one thing that's been shared with us.

Senator Mégie: Do you think a government entity could do something about that?

Ms. Meddri: The point is precisely to standardize the approach in terms of testing. For example, if you were to take things upstream and think outside the box, if I can put it that way, it would be worthwhile to have agreements with international colleges to offer programs that meet Canadian standards. That way, the compliance criteria would already be eliminated. As a result, the same program administered here in Canada would be administered abroad. This would help people pass the tests, obtain the same qualifications and be assessed based on the same criteria as candidates here in Canada.

At the same time, we can all agree that in a minority context, especially for francophones, English is a necessary evil. When I talk about providing support measures, I'm referring to support for employers. They could provide incentives, such as on-the-job English learning opportunities and mentoring and coaching programs, so that people can practise English on the job, learn on the job and, of course, be functional and operational.

We're not forgetting that there are also employers with fully French-speaking sites; however, to obtain the certifications and license to practise the trade, you need to have an English-speaking qualification. We need to start looking at employers who are 100% French-speaking, and explore that potential so as to build and capitalize on it, in order to offer and extend that pilot project or initiative to other stakeholders and other employers, and by extension to other sectors.

Senator Mégie: Thank you both very much.

Senator Poirier: Thank you to both witnesses for being with us. You've mentioned many of the things we've heard from other witnesses, such as workforce challenges and shortages in various health care positions. You also made suggestions for improving credential recognition for French-speaking foreign professionals in minority or bilingual communities.

I'm going to ask my question from a different angle. There's been a lot of talk about the labour and skills shortage, and what we can do to change it, but my question is more about immigrants coming into the country. Can you share with us the main challenges immigrants face in francophone minority communities in Manitoba and Ontario? When they arrive in

façon adéquate de façon à permettre à la personne qui fait le test de le compléter dans la langue officielle de son choix. Cela fait partie des éléments qui ont été partagés avec nous.

La sénatrice Mégie : Pensez-vous qu'une instance gouvernementale pourrait agir là-dessus?

Mme Meddri : Il s'agit justement d'uniformiser cette démarche sur le plan des tests. Par exemple, si on prenait les choses en amont et si on réfléchissait à l'extérieur des normes, si je peux me permettre l'expression, ce serait intéressant d'avoir des ententes avec des collèges à l'échelle internationale pour offrir des programmes répondant aux normes canadiennes. Comme cela, les critères de conformité seraient déjà éliminés. De ce fait, le même programme administré ici au Canada serait administré outre-mer. Cela aiderait les personnes à passer les tests, à avoir les mêmes qualifications et à être évaluées conformément aux mêmes critères que les candidats ici au Canada.

En parallèle, on s'entend pour dire que, dans un contexte minoritaire, surtout pour les personnes d'expression française, l'anglais est un mal nécessaire. Quant à l'offre de mesures d'accompagnement, je fais référence à l'accompagnement des employeurs. Ils pourraient offrir des mesures incitatives, comme des possibilités d'apprentissage de l'anglais sur le lieu de travail et des programmes de mentorat et d'accompagnement, pour que les personnes puissent pratiquer l'anglais sur le terrain, apprendre sur le tas et, bien entendu, être fonctionnelles et opérationnelles.

On n'oublie pas qu'il y a également des employeurs qui ont des sites complètement francophones, mais pour obtenir les certificats et le brevet pour exercer le métier, il faut avoir une qualification anglophone. Il faut commencer à considérer les employeurs qui sont 100 % francophones et explorer ce potentiel pour bâtir et capitaliser là-dessus afin d'offrir et élargir ce projet pilote ou cette initiative à d'autres intervenants et d'autres employeurs et par ricochet à d'autres milieux.

La sénatrice Mégie : Merci beaucoup à vous deux.

La sénatrice Poirier : Merci aux deux témoins d'être parmi nous. Vous avez parlé de plusieurs choses que nous avons entendues de la part d'autres témoins, comme les défis entourant la main-d'œuvre et la pénurie dans différents postes du domaine de la santé. Vous avez également fait des suggestions pour améliorer la reconnaissance des titres de compétence des étrangers professionnels francophones dans des situations minoritaires ou bilingues.

Je vais poser ma question sous un autre angle. On a beaucoup parlé de cette pénurie de main-d'œuvre et des compétences, et de ce qu'on peut faire pour changer cela, mais ma question touche plutôt les immigrants qui arrivent au pays. Au Manitoba et en Ontario, pouvez-vous partager avec nous les principaux défis auxquels les immigrants font face dans les communautés

these communities, what do they experience? We know there's a labour shortage, but what are the other challenges? I'd like to hear from both witnesses.

Ms. St-Hilaire: You're talking about the health challenges facing francophone newcomers to our communities. Like everywhere else, we usually bring them in as economic immigrants or as entire families. The goal is to have a generation with us. They arrive with their families, and they're often looking for a family doctor. They come with young children or elderly parents.

Understanding the country's health system starts with the family doctor; then there are professionals or specialists. The family doctor is the direct entry point to health professionals. Then, of course, there's everything relating to mental health needs. There are new programs we want to put in place — or at least are trying to — such as working with settlement organizations to refer people to mental health services when needed.

These people have basic training in mental health first aid, but as soon as the situation becomes more complicated, we need to refer them to professionals. Newcomers arrive with a wide range of experiences. As we were saying earlier, it could be trauma that happened in their home country or trauma due to moving with their family to a new place where there might not be any affordable housing. Perhaps they don't know where to find work, whether they can study or whether their education will be recognized. It's a stressful situation that can affect anyone.

That's what mental health needs are all about. If we think about other health needs, I know we've talked about some physical health needs, but there's also everything from nutrition to violence against women.

All those families arrive with similar needs, if we're talking about the general immigrant population, but it's a different kettle of fish when we're dealing with refugees. This is the only immigration class that can arrive in Canada with major health needs. When they arrive, their files often contain a list of health issues. They often need to see a specialist for a specific health issue. There's a whole list. When they come to a settlement assistance program, like the one in French in Cornwall, they come with a list of needs. These are also people who, again, need mental health services.

Consequently, these families need a number of French-language services. We want French-speaking immigrants, we want to welcome them, we want them to settle here and feel

francophones en situation minoritaire? Lorsqu'ils arrivent dans ces communautés, que vivent-ils? On sait qu'il y a un manque de main-d'œuvre, mais quels sont les autres défis? J'aimerais entendre les deux témoins là-dessus.

Mme St-Hilaire : Vous parlez des défis sur le plan de la santé pour les nouveaux arrivants francophones dans nos communautés. Comme partout ailleurs, on les fait habituellement venir soit avec un mandat économique ou avec une famille complète. Le but est d'avoir une génération avec nous. Ils arrivent ici en famille et ils sont souvent à la recherche d'un médecin de famille. Ils arrivent avec des enfants en bas âge ou avec des parents âgés.

Afin de comprendre le service de santé du pays, le départ, c'est le médecin de famille; ensuite, il y a les professionnels ou les spécialistes. L'entrée directe auprès des professionnels de la santé, c'est le médecin de famille. Ensuite, il y a bien sûr tout ce qui touche les demandes en matière de santé mentale. Il y a de nouveaux programmes qu'on veut mettre en place — ou du moins qu'on essaie de mettre en place —, comme des collaborations avec des organismes d'établissement afin de référer les gens à des services de santé mentale au besoin.

Ces personnes ont une formation de base pour les premiers soins de santé mentale, mais dès que la situation est plus compliquée, il faut les orienter vers des professionnels. Ces gens arrivent avec toutes sortes d'histoires. Comme on le disait plus tôt, cela peut être un traumatisme qui s'est produit dans leur pays d'origine ou un traumatisme attribuable au déplacement avec leur famille dans un nouvel endroit où il peut ne pas y avoir de logement abordable. Peut-être qu'ils ne savent pas où trouver du travail, s'ils peuvent étudier ou si leurs études sont reconnues. C'est une situation de stress qui peut affecter tout le monde.

Voilà ce qui touche les besoins en santé mentale. Si nous pensons à d'autres besoins en santé, je sais que nous avons parlé de certains besoins de santé physique, mais il y a aussi tout ce qui touche l'alimentation ou la violence faite aux femmes.

Toutes ces familles arrivent avec des besoins de ce type, si nous parlons de la population immigrante générale, mais c'est une autre paire de manches quand on traite avec des réfugiés. C'est la seule catégorie d'immigration qui peut arriver au Canada avec des besoins de santé majeurs. Quand ils arrivent ici, c'est souvent avec une liste de problèmes de santé dans leur dossier. Ils ont souvent besoin de voir un spécialiste pour un problème de santé spécifique. Il y a une liste complète. Lorsqu'ils arrivent dans les programmes d'aide au rétablissement, comme le programme en français à Cornwall, ils arrivent avec une liste de besoins. Ce sont aussi des gens qui ont, encore une fois, besoin de services en santé mentale.

Il y a donc plusieurs services en français qui sont nécessaires pour ces familles. Nous voulons des immigrants francophones, nous voulons les accueillir, nous voulons qu'ils s'établissent au

comfortable. They need to be in good health to do that and they need access to those services.

The Chair: Thank you. Ms. Meddri, did you want to say something?

Ms. Meddri: Yes, to add to what Ms. St-Hilaire said about French-speaking immigrants. They need access to French-speaking doctors, period. Now, the challenge is to bring that nuance and clarification to the health care system, to the way it works and the difference between the countries of origin of the immigrants we serve here in Manitoba and the Canadian health care system. We're thinking in particular of the role that nurse practitioners can sometimes play to complement or replace family doctors who aren't available.

We're highlighting some of the health services available in French. Clearly, there's a shortage of places to obtain French-language social services in Manitoba. For people who dare to ask for mental health counselling and support services, access to French-speaking social workers and therapists isn't easy. The waiting list is very long in Manitoba, even at the one place offering services.

Manitoba has a settlement assistance program for refugees. We have an agreement with an organization that looks after the primary health of government-sponsored refugees. Once accepted, they're referred to this organization, which assesses their health.

The parallel challenge is to get all pharmacies to recognize federal medical coverage. This work is done on an ongoing basis with pharmacists, to try and explain to them that this coverage exists and that it takes effect on such and such a date, so that they can provide refugees with access to the medications they need.

Another challenge is making pharmacists aware of the various documents issued by the federal government.

Senator Poirier: What role do you think the federal government should play in improving access to French-language health services for immigrants when they arrive in our communities? What else could it do in the immediate future to help immigrants arriving in Canada?

Ms. Meddri: That's where the active offer comes in; I mentioned incentives earlier, to which the federal government could attach indicators or conditions when transferring funds to the provinces. The government could make sure that there are required eligibility criteria. It could allocate a certain portion of the budget for French-language health care to the provinces and territories, so that this care isn't dependent on the goodwill or

pays et qu'ils se sentent bien. Cela passe par une bonne santé et ils doivent avoir accès à ces services.

Le président : Merci. Madame Meddri, voulez-vous intervenir?

Mme Meddri : Oui, en complément de ce que Mme St-Hilaire a dit sur les immigrants d'expression française. Ils doivent avoir accès à des médecins francophones, point. Maintenant, le défi, c'est d'apporter cette nuance et cette précision dans le système de santé, dans le fonctionnement et la différence entre les pays de provenance des immigrants que nous servons ici au Manitoba et le système de santé canadien. On pense notamment au rôle que peuvent jouer par moments les infirmières praticiennes en complément ou en substitut aux médecins de famille qui ne sont pas disponibles.

Nous mettons de l'avant certains services de santé offerts en français. Assurément, il y a une pénurie de points de services sociaux en français au Manitoba. Pour les personnes qui osent demander des services de counseling et de soutien en santé mentale, avoir accès à des travailleurs sociaux et à des thérapeutes francophones n'est pas chose facile. Même pour l'unique centre de services, la liste d'attente est très longue au Manitoba.

Au Manitoba, pour ce qui est des réfugiés, il y a le programme d'aide à l'établissement. Nous avons une entente avec un organisme qui s'occupe de la santé primaire des réfugiés parrainés par le gouvernement. Une fois qu'ils sont reçus, ils sont référés à cet organisme qui fait l'évaluation de leur santé.

Le défi qui se pose en parallèle, c'est la reconnaissance de la couverture médicale fédérale par toutes les pharmacies. Ce travail se fait de manière continue avec les pharmaciens, pour essayer de leur expliquer que cette couverture existe et qu'elle prend effet à telle date, afin qu'ils puissent donner accès aux médicaments aux réfugiés qui en ont besoin.

Il y a un autre défi qui concerne la sensibilisation des pharmaciens aux différents documents délivrés par le gouvernement fédéral, en l'occurrence.

La sénatrice Poirier : D'après vous, quel rôle devrait jouer le gouvernement fédéral pour améliorer l'accès aux services de santé en français pour les immigrants lorsqu'ils arrivent dans nos communautés? Que pourrait-il faire d'autre dans l'immédiat pour aider les immigrants qui arrivent au pays?

Mme Meddri : C'est là où l'offre active entre en jeu; l'élément que je mentionnais plus tôt concernait les incitatifs, dans lesquels il y aurait des indicateurs ou des conditions que le gouvernement fédéral pourrait annexer au moment du transfert des fonds aux provinces. Le gouvernement pourrait s'assurer qu'il y a des critères d'admissibilité qui sont incontournables. Il pourrait allouer une certaine portion du budget aux soins de santé

colour of the government in power at the time the funds are allocated.

This would help guarantee the active offer of French-language services in the provinces and territories.

Ms. St-Hilaire: I completely agree with Ms. Meddri. I'd also like to add that it would be interesting for the federal government to fund the community sector from a health perspective. Often, organizations assisting French-speaking immigrants and seeking funding are referred to Immigration, Refugees and Citizenship Canada (IRCC).

Immigration also affects employment, education and health. These people who come to this country have needs, and they are recipients. If Health Canada or other government departments could provide funding and enter into collaborative agreements with non-profit organizations to work together, be it in mental health or at medical clinics, this would ensure the provision of direct services, and the process would be a little easier for newcomers. At the very least, newcomers would have a first contact with the French-language health care sector, which would also ease the workload. It would be a good idea for these people to have access to this gateway with funding to connect to this type of service.

Of course, it would be wonderful if there were a lot of services available. I'll just say that I know some organizations serving the francophone population would like to have someone in-house to help newcomers and direct them to services. When you arrive with your family or go through a pregnancy, you're told what the next step is and who you need to see. If we could have services or programs to bridge the gap between immigration and health, some organizations might be willing to consider that option.

The Chair: Before giving the floor to Senator Moncion, I'd like to ask a follow-up question on this subject; my question is for both witnesses.

You talk about the challenge, in a way, of having a concrete link between the immigration sector and the health sector, at all levels of government. What's your assessment of the degree of collaboration, for example, between IRCC and ESDC, or ultimately Health Canada? Can you tell us about the degree of collaboration between the provinces and the federal government on these issues? What can you tell us about that?

Ms. Meddri, on the one hand, you spoke to us about language clauses and, on the other, about bilateral agreements. In fact, there's information to the effect that the immigration and health

en français aux provinces et aux territoires et ainsi éviter que ces soins ne soient tributaires de la bonne volonté ou de la couleur du gouvernement au pouvoir au moment où les fonds sont alloués.

Ce serait quelque chose de complémentaire et qui viendrait garantir l'offre active de services en français dans les provinces et les territoires.

Mme St-Hilaire : Je suis tout à fait d'accord avec Mme Meddri. De plus, j'aimerais ajouter qu'il serait intéressant que le gouvernement fédéral finance le secteur communautaire avec une perspective de santé. Souvent, les organismes qui aident les immigrants francophones et qui cherchent du financement sont dirigés vers Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (IRCC).

L'immigration touche aussi les domaines de l'emploi, de l'éducation et de la santé. Ces gens qui arrivent au pays ont des besoins et ils sont des bénéficiaires. Si Santé Canada ou d'autres ministères pouvaient offrir du financement et conclure des ententes de collaboration avec les organismes à but non lucratif, que ce soit en santé mentale ou avec des cliniques médicales, dans le but de collaborer, cela permettrait d'offrir un service direct et le parcours serait un peu plus facile pour le nouvel arrivant. Celui-ci aurait au moins un premier contact avec le secteur de la santé en français, ce qui faciliterait aussi la charge de travail. Il serait tout à fait indiqué que ces gens aient accès à cette porte d'entrée avec du financement dans le but de se connecter à ce type de service.

Bien évidemment, ce serait merveilleux s'il y avait beaucoup de services disponibles. Je dirai simplement que je sais que certains organismes qui servent la population francophone aimeraient avoir quelqu'un à l'interne pour aider les nouveaux arrivants et les orienter vers les services. Lorsque tu arrives avec ta famille ou que tu vis une grossesse, on te dit quelle est la prochaine étape et qui tu dois voir. Si on pouvait avoir des services ou des programmes pour faire le pont entre l'immigration et la santé, certains organismes seraient peut-être prêts à s'ouvrir à cette perspective.

Le président : Avant de donner la parole à la sénatrice Moncion, j'aimerais poser une question complémentaire à ce sujet; ma question s'adresse aux deux témoins.

Vous parlez du défi, en quelque sorte, d'avoir un lien concret entre le secteur de l'immigration et le secteur de la santé et que cela se passe à tous les ordres de gouvernement. Quelle est votre évaluation du degré de collaboration, par exemple entre IRCC et ESDC, ou, à la limite, avec Santé Canada? Pouvez-vous nous parler du degré de collaboration entre les provinces et le fédéral sur ces questions? Que pouvez-vous nous dire à ce sujet?

Madame Meddri, d'une part, vous nous avez parlé de la question des clauses linguistiques et, d'autre part, de la question des ententes bilatérales. Par ailleurs, il y a une information selon

sectors work in silos. Could you tell us about the challenges and possible solutions you see in that respect? I'll start with Ms. Meddri, followed by Ms. St-Hilaire.

Ms. Meddri: Thank you very much. Clearly, this is something that the federal government, including IRCC, is becoming increasingly aware of, in the sense that the goal is to work more collaboratively with other levels of government and other departments.

Of course, we're not going to dissect immigrants by portfolio. We're talking here about the needs of individuals; the sphere of needs is broad and it certainly touches on the respective mandates of each department.

Over the years, we've seen IRCC and ESDC collaborate on initiatives. We want to invite entrepreneurship to create innovative initiatives; similar approaches exist in the housing sector, for example; it's something the department is working on.

However, it's something we need to encourage other government departments to do more often. As for collaboration between the federal government and the provinces, there are talks. However, the way in which that translates concretely on the ground is that, to date, there's no visibility or feedback on those things.

Ms. St-Hilaire: Indeed, in the field of employability and economic development, we're starting to see more and more interest. I think this is due to the situation. It might be a good time to develop this health care agreement.

I know that the new francophone immigration policy launched last January indicated that one of the priorities is to encourage discussion between the different levels of government and between departments, with a view to ensuring greater coordination. That's something we're happy to hear, and we can't wait to see the results.

I don't think there have been any projects that combine health and immigration or that benefit organizations on the ground that want to help newcomers. I'd like to point out something that we weren't prepared for and that we thought was great. It's IRCC's new request for proposals for 2025-30, which closed at the end of January. This funding request for subsidized settlement organizations was an opportunity to participate in the settlement of francophone newcomers and to offer short-term counselling services.

At that time, I know that francophone settlement agencies in our regions raised the fact that they don't specialize in the field. They can't necessarily offer that service directly to newcomers.

laquelle les secteurs de l'immigration et de la santé travaillent en silo. Pourriez-vous nous parler des enjeux et des pistes de solution que vous imaginez sur ce plan? Je vais commencer par Mme Meddri, qui sera suivie de Mme St-Hilaire.

Mme Meddri : Merci beaucoup. Il est clair que c'est un aspect dont le gouvernement fédéral, notamment IRCC, prend de plus en plus conscience, dans le sens où l'objectif est de travailler davantage en collaboration avec les autres ordres de gouvernement et les autres ministères.

Bien entendu, on ne va pas disséquer l'immigrant en fonction du portefeuille. On parle ici des besoins d'une personne; la sphère des besoins est large et elle touche assurément au mandat respectif de chaque ministère.

Au fil des années, nous avons constaté la présence d'initiatives de collaboration entre IRCC et ESDC. On veut inviter l'entrepreneuriat à créer des initiatives innovantes, et des approches semblables existent dans le secteur du logement, en l'occurrence; c'est une chose sur laquelle le ministère travaille.

Cependant, pour ce qui est des autres ministères, cela reste quelque chose qu'il faut encourager à faire plus souvent. Pour ce qui est de la collaboration entre le fédéral et les provinces, il y a des pourparlers. Toutefois, la façon dont cela se traduit concrètement sur le terrain, c'est qu'il n'y a pas encore de visibilité et de rétroaction par rapport à ces éléments.

Mme St-Hilaire : Effectivement, dans le domaine de l'employabilité et du développement économique, cela commence de plus en plus à se voir et on note qu'il y a un intérêt. Je pense que cela est attribuable à la situation. Donc, ce serait peut-être un bon moment de développer cette entente dans le domaine de la santé.

Je sais que la nouvelle politique en immigration francophone lancée en janvier dernier indiquait que l'une des priorités est de favoriser la discussion entre les différents ordres de gouvernement et entre les ministères, dans le but de travailler de façon plus concertée. C'est quelque chose que nous sommes heureux d'entendre et nous avons hâte de voir le résultat.

Je ne pense pas qu'il y ait eu des projets qui combinent santé et immigration ou qui bénéficient aux organismes sur le terrain qui veulent aider les nouveaux arrivants. J'aimerais souligner une chose à laquelle nous n'étions pas préparés et que nous avons trouvée géniale. C'est le nouvel appel de propositions d'IRCC pour 2025-2030 qui a pris fin à la fin de janvier. Dans cet appel de financement pour des organismes d'établissement subventionnés, il y avait une possibilité de participer à l'établissement des nouveaux arrivants francophones et d'offrir des services de counseling à court terme.

À ce moment-là, je sais que les organismes d'établissement francophones de nos régions ont brandi le fait qu'ils ne sont pas spécialisés dans le domaine. Ils ne peuvent pas nécessairement

They would have preferred for mental health agencies to obtain the funding IRCC was offering to develop a services branch or even to employ other people to serve the French-speaking immigrant population. Since it was a request for proposals managed by IRCC, only organizations that worked directly with francophone immigration could more easily obtain the funding.

We worked to set up a collaborative multipartite project in which the three francophone organizations in the eastern Ontario region all applied for a joint project aimed at recovering funding to enable francophone mental health organizations in those various regions to hire staff to serve people according to the targets we identified. The project has been submitted. Will we see the results? We don't know.

In discussions with francophone settlement agencies and francophone mental health organizations, we realized that the problem was that the term "short-term counselling" didn't mean the same thing to IRCC as it does to health care. Short-term is not the same length of time, nor does it offer the same diversity of services. We had to make sure to change the vocabulary and our understanding. We wanted to put an "awareness" section back in because these services can only be offered if people fully understand what mental health is in a wellness system; it's not just a person who's not doing very well.

We had to go back to the drawing board and work on something that might be a situation. We thought those small steps were a very good first step, but it made things tricky for a major call for proposals, where a new box could be added. Still, we had to make the most of the opportunity, so we put as much effort into it as we could. That was from IRCC. Could it come from another department, such as Health Canada? For sure. Why not let francophone immigration organizations work with francophone health care organizations to submit proposals? I think that would be beneficial, and it would enable us to be more directly and meaningfully connected to the needs on the ground. We'd be able to anticipate some of the more significant needs that might emerge in the future if we served the entire immigrant population when they arrive in the country. We would be able to evaluate needs. Why not evaluate health needs and orient immigrants right away?

The Chair: Thank you. That was very clear. Thank you for your remarks.

Senator Moncion: Still on this topic, I'd like to dig a bit deeper. Can you comment on collaborative agreements, given that organizations often work in silos? Every region figures out how many doctors and nurses it needs. You have a pretty good

offrir ce service directement aux nouveaux arrivants. Ils auraient préféré que les organismes de santé mentale puissent obtenir le financement qu'IRCC offrait pour développer une branche de services ou même pour employer d'autres personnes pour servir la population immigrante francophone. Comme c'était un appel de propositions mené par IRCC, c'étaient seulement les organismes qui travaillaient avec l'immigration francophone directement qui pouvaient plus facilement obtenir le financement.

On a travaillé à mettre en place un projet multipartite collaboratif où les trois organismes francophones de la région de l'Est de l'Ontario ont tous posé leur candidature pour un projet commun qui visait à récupérer le financement pour permettre aux organismes de santé mentale francophones de ces différentes régions d'employer des gens pour servir la population selon les cibles qu'on avait en tête. C'est un projet qui a été déposé. Est-ce qu'on va en voir les résultats? On ne le sait pas.

En discutant avec les organismes d'établissement francophones et les organismes de santé mentale francophones, on a réalisé que le problème, c'est que le terme « counseling à court terme » ne voulait pas dire la même chose pour IRCC que ce que cela veut dire en santé. Le court terme n'est pas la même durée et n'a pas la même diversité de services. Il a fallu s'assurer d'ajuster le vocabulaire et de comprendre. On voulait réintégrer une partie « sensibilisation », parce que ce sont des services qui peuvent être offerts seulement si les gens comprennent bien ce qu'est la santé mentale dans un système de bien-être; ce n'est pas seulement une personne qui ne va pas très bien.

Il fallait retravailler ensemble sur ce qui pourrait être une situation possible. Ces petites étapes étaient, selon nous, une très belle initiative pour commencer, mais cela a rendu les choses assez difficiles lors d'un appel de propositions important, où une nouvelle case qui pouvait être ajoutée. Mais il fallait profiter de cette occasion, alors on a mis le plus d'efforts possible là-dessus. Cela venait d'IRCC. Est-ce que cela pourrait venir d'un autre ministère, comme Santé Canada? Tout à fait. Pourquoi ne pas permettre aux organismes d'immigration francophones, en collaboration avec des organismes de santé francophones, de déposer des projets? Je crois que ce serait bénéfique et cela nous permettrait d'être plus directement et concrètement liés aux besoins du terrain et de prévenir certains besoins plus importants que l'on pourrait avoir à l'avenir si l'on servait toute la population immigrante lors de l'arrivée au pays. On pourrait faire l'évaluation des besoins; pourquoi ne pas évaluer les besoins en santé et orienter tout de suite les immigrants?

Le président : Merci, c'est très clair; merci de vos interventions.

La sénatrice Moncion : Je vais rester sur le même sujet en allant un peu plus loin. J'aimerais vous entendre sur les ententes collaboratives, car les organismes travaillent souvent en silo. Chaque région identifie ses besoins pour le nombre de médecins

idea of the needs in each region, and I imagine someone does the math to determine how many professionals are needed to meet the needs in each region or province.

Can you comment on what kind of coordination happens around those numbers and where the educational institutions are at? We often look at the funding the federal government sends to provincial governments for education. Colleges and universities receive the funds, and then there are programs with limited enrolment that allow only a certain number of people to register. I'd like your thoughts on that coordination. Does someone have a sense of the needs and how to meet those needs everywhere faster? I'm talking about the kind of coordination where everyone works together to solve certain problems. I'm talking about your province and Manitoba, and the work they're doing on that.

Ms. St-Hilaire: For Ontario, any assessment of health care needs isn't necessarily done at our level. There are health care networks that inventory needs in the regions and determine what's needed and what's problematic pretty much everywhere. In our case, we don't necessarily see the exact figure or number. All we see is what's happening in the community versus the needs. That makes for a lot of frustration within the francophone community, because people want services in French, but it's hard to access primary health care. There are family doctors, but accessing specialists who speak French is another problem.

As to figuring out needs in the province, I'm not in a position to give you a number. All I can tell you is that services are lacking, especially services in French and in the regions outside of major centres. That's how it was explained in the general approach. Our main role is to work with what immigration needs and can provide, so if we talk about the principle of post-secondary educational institutions and quotas, we don't have all the information. If people want to register for programs from abroad and are denied, we hear about that, because some of the answers people get aren't necessarily the ones they want for the francophone community and international students and so on. All we have is a general impression from the community that health care in French is, for all intents and purposes, practically unavailable to newcomers.

Senator Moncion: Perhaps I'm not explaining myself well. You represent a large territory. How many doctors are you short in your territory? Do you have that figure? How many nurses are you short? Of course, it has to be done by territory or region, but then the province still needs to have accurate information on this shortage and these needs. Then, how do we work with universities and colleges to start filling those needs more quickly? We're still working in a very compartmentalized way

et d'infirmières dont elles ont besoin. Vous avez quand même une bonne idée des besoins par région et j'imagine qu'un calcul se fait pour évaluer le nombre de professionnels nécessaires pour répondre aux besoins par région ou par province.

J'aimerais vous entendre sur la coordination de ces chiffres et où se situent les institutions d'enseignement. Souvent, on regarde le financement que le gouvernement fédéral envoie aux gouvernements provinciaux pour l'éducation; les collèges et universités reçoivent les fonds et ensuite, il y a des programmes contingentés qui permettent un certain nombre d'inscriptions. J'aimerais vous entendre sur cette coordination. Est-ce que quelqu'un a idée des besoins et des façons de combler ces besoins un peu partout plus rapidement? Je parle d'une coordination où tous travaillent de façon concertée pour régler certains problèmes. Je parle de votre province et du Manitoba et des efforts qui sont faits dans cette optique.

Mme St-Hilaire : Pour l'Ontario, ce n'est pas nécessairement à notre niveau qu'est faite l'évaluation des besoins en santé. Il y a les réseaux en santé qui font l'inventaire des besoins dans les régions et qui déterminent ce qui est nécessaire ou problématique un peu partout. Dans notre cas, on ne voit pas nécessairement le nombre ou le chiffre exact. Tout ce qu'on peut voir, c'est ce qui se passe dans la communauté par opposition aux besoins. Donc, il y a beaucoup de frustration pour la population francophone qui veut des services en français parce que, effectivement, c'est difficile d'avoir accès au premier service d'entrée en santé. Il y a les médecins de famille, mais avoir accès à des spécialistes francophones, c'est un autre problème.

Pour le calcul des besoins dans la province, je ne pourrais pas vous dire quel est le chiffre. Je veux vous dire qu'il manque des services, encore plus des services en français et dans les régions à l'extérieur des grands centres. C'est la manière dont on se le fait expliquer dans l'approche générale. Puisque notre rôle est avant tout de travailler avec ce dont l'immigration a besoin et peut apporter, lorsqu'on arrive avec le principe des institutions d'enseignement postsecondaire et des quotas, nous n'avons pas toute l'information. Si des gens veulent s'inscrire à des programmes à partir de l'étranger et sont refusés, on en entend parler, car certaines des réponses obtenues ne sont pas nécessairement celles que l'on souhaite obtenir dans le contexte de la communauté francophone pour les étudiants internationaux et autres. Tout ce qu'on a, c'est l'impression générale de la communauté selon laquelle la santé en français est presque inaccessible actuellement pour les nouveaux arrivants.

La sénatrice Moncion : Peut-être que je m'explique mal l'intervention. Vous représentez un grand territoire. Combien vous manque-t-il de médecins sur votre territoire? Avez-vous ce chiffre? Combien vous manque-t-il d'infirmières? C'est sûr qu'il faut que ce soit fait par territoire ou par région, mais ensuite, la province doit quand même avoir des informations précises sur cette pénurie et ces besoins. Ensuite, comment travailler avec les universités et les collèges pour commencer à combler plus

across the board. I guess it's easier to manage small projects than to look at the big picture and adopt more concerted approaches to become more effective.

Are you involved? Do you provide figures? There's a shortage of professionals, but has anyone done any accounting? A doctor appeared and told us that Canada was short 137,000 nurses. Okay, we've got a figure. Now, how do we work with the universities to fill the gaps? Is there any work being done in Ontario or Manitoba to help us solve the problem?

We're talking about a two-tiered system where some doctors are no longer part of the public health system and have opened private practices. How many private practices do you have in your regions? How many people no longer use the public health system and pay for access to a doctor? It's important that you have these statistics. You talked about health cards that would show certain data if they were identified — I'm sure the provinces don't want to do that, because they don't want to know the figures — and that would also show the data needs.

The Chair: Does Ms. Meddri want to chime in?

Ms. Meddri: I can give the Manitoba perspective. There are certainly workforce projections, both generally and by sector. Depending on the period, the anticipated shortages, in terms of forecasts for sites that are designated bilingual, is work that's done at the board level. They have these statistics and projections to make forecasts, in particular to fill the workforce by region, the challenges and the opportunities they represent.

How does that translate into training in universities? This is something that's taken into account in our region, to the extent that this is how additional spaces were allocated to the Université de Saint-Boniface, Manitoba's francophone university, to provide additional spaces for health care students in Manitoba.

Where and when do community organizations come into play? For the province's forecasts, it's a matter of always trying to attract the attention of specialists and keeping in mind that francophone lens, because that's something that's very important for us. The challenge is that, relative to the absolute numbers, our realities and our numbers are granular. As a result, it becomes difficult to provide estimates or even to identify and give accurate evidence for a sector. For example, if we can talk about regionalization, about gaps by region, it becomes a bit difficult and complex at that level.

rapidement ces besoins? On travaille toujours de façon très compartimentée un peu partout. J'imagine qu'il est plus facile de gérer de petits projets que d'avoir une vue d'ensemble et d'adopter des approches plus concertées pour devenir plus efficaces.

Est-ce que vous participez? Donnez-vous des chiffres? Il manque de professionnels, mais est-ce que quelqu'un a fait une comptabilité? Un médecin a comparu et nous a dit qu'il manquait 137 000 infirmières au Canada. D'accord, on a un chiffre. Maintenant, comment travailler avec les universités pour combler les déficits? Y a-t-il du travail qui se fait en Ontario ou au Manitoba pour nous permettre de régler le problème?

On parle de système à deux vitesses où il y a des médecins qui ne font plus partie du réseau de santé publique et qui ont ouvert des pratiques privées. Combien avez-vous de pratiques privées dans vos régions? Combien de personnes n'utilisent plus le réseau de santé publique et paient pour avoir accès à un médecin? Il est important que vous ayez ces statistiques. Vous avez parlé des cartes santé qui indiqueraient certaines données si elles étaient identifiées — je suis certaine que les provinces ne veulent pas le faire, parce qu'elles ne veulent pas connaître les chiffres — et qui permettraient aussi de connaître les besoins en ce qui a trait aux données.

Le président : Est-ce que Mme Meddri veut intervenir?

Mme Meddri : Je peux donner la perspective du Manitoba. Il y a assurément des projections sur le plan de la main-d'œuvre, de manière générale et par secteur. Selon la période, les pénuries qui sont anticipées, pour ce qui est des prévisions pour les sites qui sont désignés bilingues, c'est un travail qui se fait au niveau des régions. Elles ont ces statistiques et ces projections pour faire des prévisions, notamment pour combler la main-d'œuvre selon les régions, les défis et les possibilités qu'elles représentent.

De quelle façon cela se traduit-il en formation dans les universités? C'est quelque chose qui est pris en compte chez nous, dans la mesure où c'est de cette façon que des places additionnelles ont été allouées à l'Université de Saint-Boniface, l'université francophone du Manitoba, pour justement offrir des places supplémentaires pour des étudiants et étudiantes en soins de santé au Manitoba.

Où et quand les organismes communautaires entrent-ils en jeu? Pour les prévisions de la province, il s'agit d'essayer de toujours attirer l'attention des spécialistes et de garder en tête cette lentille francophone, car c'est quelque chose qui est très important pour nous. Le défi est que, par rapport aux chiffres absolus, nos réalités et nos chiffres sont granulaires. De ce fait, il devient difficile de donner des estimations ou même d'identifier et de donner des données probantes exactes par rapport à un secteur. Par exemple, si on peut parler de régionalisation, des manques par région, cela devient un peu difficile et complexe à ce niveau.

We need to work with other stakeholders, particularly the boards, to take into account the needs of the francophone workforce during training, of course, but we also need to see how the needs and profiles of immigrants can also be taken into account in this range of training and support. We need to see what profiles we have, what the barriers are, how we can get around them and what innovative ways we can use to better support these people so they can come to our country. This is in response to a societal problem: an aging population and an increasingly glaring workforce shortage at all levels, especially in the health care sector. We are privileged to see initiatives starting to emerge, particularly here in Manitoba, thanks to funding from Health Canada, with employers in the field. There is an impact on the ground because of the fruits of federal-provincial collaboration and with community stakeholders.

The Chair: Okay. Thank you.

Senator Clement: Good evening to both witnesses. Thank you very much for your testimony.

I really appreciated my colleagues' questions. I had the same questions. I'd like to come back to the community issue. We're in the process of carrying out a very interesting study, and we've heard some remarkable testimony. I'm working on some recommendations for the final report. What interests me is the fact that the community seems to be filling gaps. What you said earlier, Ms. St-Hilaire, about funding for community organizations and the example you used in response to Senator Cormier's questions, the short-term counselling, the call for proposals.... Did the federal government consult you before issuing this call for proposals? Would that have been a sensible way to get funding in a community context?

My other question is for Ms. Meddri. You mentioned mandatory cultural competency training. I'd like to hear a little more about that. Also, I wonder if you could comment on what you're hearing on the ground about systemic racism in the health care system. Are your clients, stakeholders, and people talking about this? Is this an issue that concerns the communities? Ms. St-Hilaire?

Ms. St-Hilaire: Thank you for the question.

Did the government consult us about the call for proposals? Not necessarily a formal consultation, no. However, I believe the pandemic exacerbated all mental health issues. It's a topic that's been discussed, and several components were added to this year's call for proposals, which was different. We're talking about truth and reconciliation, we're talking about GBA Plus, we're talking about several components that were added this year

Avec les autres intervenants, notamment les régies, il faut tenir en compte des besoins en main-d'œuvre francophone lors de la formation, certes, mais il faut aussi voir de quelle façon les besoins et les profils des personnes immigrantes peuvent aussi être considérés dans cet éventail de formations et d'accompagnements. Il faut voir quels profils nous avons, quelles sont les barrières, de quelle façon on peut les contourner et quelles sont les façons novatrices de mieux soutenir ces personnes pour qu'elles puissent venir au pays. Cela vient répondre à un problème de société : une population vieillissante et une rareté de la main-d'œuvre qui est de plus en plus criante à tous les niveaux, essentiellement celui de la santé. On a le privilège de voir des initiatives qui commencent à voir le jour, notamment chez nous, au Manitoba, par l'entremise de financement qui provient de Santé Canada avec des employeurs sur le terrain. Il y a des retombées sur le terrain à cause des fruits de la collaboration fédérale-provinciale et avec les intervenants communautaires.

Le président : D'accord, merci.

La sénatrice Clement : Bonjour aux deux témoins. Merci beaucoup pour votre témoignage.

J'ai beaucoup apprécié les questions de mes collègues. J'avais les mêmes questions. Je veux revenir sur la question communautaire. On est en train de faire une étude très intéressante et on a entendu des témoignages remarquables. Je suis en train de rédiger certaines recommandations pour le rapport final. Ce qui m'intéresse, c'est le fait que le communautaire semble combler des lacunes. Ce que vous avez dit plus tôt, madame St-Hilaire, concernant le financement pour les organismes communautaires et l'exemple que vous avez utilisé en réponse aux questions du sénateur Cormier, le counseling à court terme, l'appel de propositions... Est-ce que le fédéral vous a consultés avant de faire cet appel de propositions? Est-ce que cela aurait été une façon sensée d'avoir du financement dans un contexte communautaire?

Mon autre question s'adresse à Mme Meddri. Vous avez parlé d'une formation obligatoire en compétences culturelles. J'aimerais vous entendre un peu plus là-dessus. De plus, j'aimerais bien si vous pouviez faire des commentaires sur ce que vous entendez sur le terrain au sujet de l'existence d'un racisme systémique dans le système de santé. Vos clients, vos intervenants, vos gens parlent-ils de cela? Est-ce que c'est une question qui préoccupe les communautés? Madame St-Hilaire?

Mme St-Hilaire : Merci pour la question.

Est-ce que le gouvernement nous a consultés par rapport à l'appel de propositions? Une consultation en bonne et due forme ou formelle, pas nécessairement. Cependant, je crois que la pandémie a exacerbé tous les problèmes de santé mentale. C'est un sujet dont on a discuté et plusieurs volets ont été ajoutés à l'appel de propositions de cette année, qui était différent. On parle de vérité et réconciliation, on parle de l'ACS plus, on parle

to meet the needs of the population and the community sector, needs that have been raised over the past five years, in the last call for proposals, which ends in mid-2024.

I think it was more a reaction to a test to see how the process could be set in motion in the communities and in the community sector and to see how people would use this type of service if we decided to add it. With the settlement agencies, we decided to work with other community mental health organizations to adopt this approach, but there are many ways to use this tool, which is now available in the call for proposals. Perhaps it was an attempt to assess that possibility.

If we had been consulted, would we have asked for even more? Probably, because that's a good thing. However, this type of call for proposals is rarely expected to include much that is outside of direct scope of IRCC. For us, it was a really interesting opportunity. We decided that we had to move forward as much as possible. We all want to say that, if it works well, there will be a follow-up, that it will be possible to have more services and several types of services within this project, within this small note, because it wasn't necessarily an important section of the call for proposals, but a small possibility that we've all noticed. The vocabulary used in the call for proposals talked a lot about mental health, the well-being of newcomers and everything that happens around the integration process.

Senator Clement: Would a consultation have been worthwhile?

Ms. St-Hilaire: Probably.

Senator Clement: Do you have forums where the federal government comes to the community to say that it's bringing everyone together and that it's going to tell you about its intentions?

Ms. St-Hilaire: There are consultations for certain projects. There have been some recently. When we find that the discussion isn't sufficiently developed, we also talk about it, and they offer us possibilities. They also come to our various forums. Last summer, a provincial forum took place in Ontario, and there was a delegation. Eight or ten people from IRCC took part in the various workshops and presentations during which they presented good practices or needs that they wanted to highlight. There were probably a number of things they noted at the time. We feel relatively listened to.

de plusieurs volets qui ont été ajoutés cette année dans le but de répondre aux besoins de la population et du secteur communautaire, des besoins qui ont été évoqués dans les cinq dernières années, donc dans le dernier appel de propositions qui prend fin au milieu de 2024.

Selon moi, c'était plus une réaction à un test en vue de vérifier comment le processus pouvait être enclenché dans les communautés et dans le secteur communautaire et de voir comment les gens allaient utiliser ce type de service si on décidait de l'ajouter. Avec les organismes d'établissement, nous avons décidé de faire affaire avec d'autres organismes communautaires en santé mentale pour adopter cette façon de faire, mais il y a plusieurs façons d'utiliser cet outil qui est maintenant offert dans l'appel de propositions. C'était peut-être une tentative d'évaluer cette possibilité.

Si nous avons été consultés, est-ce qu'on en aurait demandé encore plus? Probablement, parce que c'est une belle chose. Cependant, on s'attend rarement à ce que ce type d'appel de propositions inclue beaucoup de choses qui sont à l'extérieur du cadre direct d'IRCC. Pour nous, c'était vraiment une occasion intéressante. On s'est dit qu'il fallait aller de l'avant le plus possible. On a tous envie de dire que si cela fonctionne bien, il y aura une suite, qu'il sera possible d'avoir plus de services et plusieurs types de services à l'intérieur de ce projet, de cette petite note, parce que ce n'était pas nécessairement une section importante de l'appel de propositions, mais une petite possibilité que l'on a tous remarquée. Le vocabulaire utilisé dans l'appel de propositions parlait beaucoup de santé mentale, du bien-être des nouveaux arrivants et de tout ce qui se passe autour du parcours d'intégration.

La sénatrice Clement : Est-ce qu'une consultation aurait été intéressante?

Mme St-Hilaire : Probablement.

La sénatrice Clement : Est-ce que vous avez des forums où le fédéral arrive dans la communauté pour dire qu'il rassemble tout le monde et qu'il va justement vous parler de ses intentions?

Mme St-Hilaire : Il y a des consultations pour certains projets. Il y en a eu récemment. Quand on trouve que la discussion n'est pas assez développée, on en parle aussi et ils nous offrent des possibilités. Ils viennent aussi à nos différents forums. L'été dernier, on a eu un forum provincial en Ontario, et il y avait une délégation. Il y avait huit ou dix personnes d'IRCC qui ont participé aux différents ateliers et présentations au cours desquels on présentait de bonnes pratiques ou des besoins que l'on voulait faire ressortir du lot. Il y a probablement plusieurs choses qu'ils ont notées à ce moment-là. On se sent quand même relativement écouté.

However, we've never really pushed hard for more health services through IRCC. We know very well that we can try to have a little more funding services through IRCC for employability; we can get a little, but to a certain extent, because that's not just for that department. However, working with a number of departments could open some very interesting doors. If there were a consultation with Immigration, Refugees and Citizenship Canada and Health Canada to approach community organizations to determine whether they're interested in building something together, you'd have a lot of people around the table.

Ms. Meddri: I'll jump in regarding the second part of your question, about mandatory cultural sensitivity training and the racism aspect.

It's definitely something the community sector could support. I suggested it because of what we heard from health care workers in 2021, when we asked them whether they felt ready and equipped to provide the immigrant community with health services, be it primary care or mental health care. The short answer was no. That is why cultural sensitivity support is absolutely necessary and should be mandatory.

You expressed quite explicitly the point I made in a roundabout way, which is that some health care providers think in terms of clichés and stereotypes. As a result, the people we work with tell us about situations of discrimination and systemic racism that they've experienced in the health care sector, experiences that others share. That emerges quite clearly in what we hear from people.

Certainly, cultural skills training makes it possible to provide that support, giving health care providers the benefit of the doubt because it's assumed that they want to do their jobs well. The idea is to make them understand that just because someone is different, they aren't any less capable of dealing with their health, caring for their children — and the list goes on and on.

The Chair: Thank you very much. That concludes this panel.

Ms. Meddri and Ms. St-Hilaire, thank you both for your participation, your observations, your suggestions and your recommendations, which will all be very helpful when it comes time to write our report. Above all, thank you for the work you're doing on the ground in your respective provinces. We appreciate the significant challenges you face, but it's clear how enthusiastic and passionate you are about serving your communities. Your work is invaluable and very inspiring to us all. Our thanks to the both of you.

Cependant, on n'a jamais vraiment milité fortement pour avoir plus de services en santé auprès d'IRCC. On sait très bien qu'on peut essayer d'avoir un peu plus de services de financement par l'intermédiaire d'IRCC pour l'employabilité; on peut en avoir un peu, mais jusqu'à un certain point, car cela ne concerne pas que ce ministère. Par contre, travailler avec plusieurs ministères pourrait ouvrir des portes vraiment très intéressantes. S'il y avait une consultation avec Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada et Santé Canada pour approcher les organismes communautaires afin de savoir s'ils ont de l'intérêt à bâtir quelque chose ensemble, vous auriez beaucoup de monde autour de la table.

Mme Meddri : Je vais rebondir sur le deuxième volet de votre question, à savoir la formation qui serait rendue obligatoire pour les compétences culturelles et l'élément en lien avec le racisme.

C'est assurément un élément que le secteur communautaire pourrait appuyer. La raison pour laquelle j'ai avancé cela, c'est parce qu'on a appris en 2021, lorsqu'on a demandé de la rétroaction de la part des intervenants en soins de santé, s'ils se sentaient prêts et outillés pour servir une clientèle immigrante en matière de santé, que ce soit la santé primaire ou la santé mentale. La réponse courte était non. De ce fait, un accompagnement en ce sens est obligatoire et indispensable.

Vous avez nommé très clairement la chose que j'avais soulignée de manière indirecte, soit les clichés et les idées préconçues de la part de certains fournisseurs de soins de santé. Donc, justement, des rétroactions en matière de discrimination et de racisme systémique dans le secteur de la santé, ce sont des choses qui sont vécues, partagées et dites très clairement par des personnes avec lesquelles on travaille.

Justement, la formation sur les compétences culturelles permettrait de les accompagner pour leur donner le bénéfice du doute quant à la volonté de bien faire leur travail, afin qu'ils prennent conscience que ce n'est pas parce qu'une personne est différente qu'elle est moins compétente, que ce soit pour se prendre en charge en matière de santé, s'occuper de ses enfants, etc. La liste est longue par rapport à tout cela.

Le président : Merci beaucoup. Cela met fin à ce groupe de témoins.

Mesdames Meddri et St-Hilaire, merci beaucoup pour votre comparution, vos réflexions, vos suggestions et vos recommandations, qui seront fort utiles pour notre rapport. Merci surtout pour le travail de terrain que vous faites dans vos provinces respectives. On sait que les défis sont grands pour vous, mais on sent votre enthousiasme et votre passion à servir vos communautés. C'est très précieux et très inspirant pour nous. Donc, merci à vous deux.

[English]

Colleagues, we are resuming the meeting to continue our study on minority-language health services. We have some witnesses suggested by the Community Health and Social Services Network who are here to recount their personal experiences as users of minority-language health services in Quebec.

We now welcome, in person, Mr. James Robson, Patient Navigator, Committee for Anglophone Social Action; Ms. Brittney Chabot, Executive Director, English Community Organization —Saguenay-Lac-Saint-Jean; and Chloe Régis, stay-at-home mother. They are accompanied by Jennifer Johnson, Executive Director, Community Health and Social Services Network. Welcome to you here in the Senate.

By video conference, we welcome Steve Guimond, Patient Navigator, Community Health and Social Services Network; Kayla Kippen, Director of Health Initiatives, Lower North Shore of Quebec, Coasters Association; and Mr. Hugo Bissonnet, Executive Director, 4Korners. Welcome, and thank you for being with us. Let's start with opening remarks.

Mr. Robson, the floor is yours.

James Robson, Patient Navigator, Committee for Anglophone Social Action, as an individual: Mr. Chair and members of the committee, thank you for having me today. I am happy to have the opportunity to share some of the challenges that our English community has living in Quebec with regard to access to the health care system.

As said, my name is James Robson. I am a patient navigator for a community organization called the Committee for Anglophone Social Action. I help our English population access health care and go through the whole process when there are language barriers, so there is quite the great need.

Today I have three stories to tell you. One of them is personal and two of them are from what I have seen in my job. I will start with a woman who was one of the first people that I helped. She had to have treatment in Rimouski Hospital, which is about four hours from where she lives. A lot of times, in the Gaspésie, the region I work in, we have to travel quite a bit any time we want to go anywhere, especially for health care services.

She contacted me. She was extremely nervous to go to Rimouski Hospital. She had never been there before. She didn't know where she was going. I asked her if she would like me to

[Traduction]

Chers collègues, nous reprenons notre étude sur les services de santé dans la langue de la minorité. Nous accueillons aujourd'hui des témoins qui ont été suggérés par le Réseau communautaire de santé et de services sociaux et qui sont ici pour raconter leur expérience personnelle à titre d'utilisateurs des services de santé dans la langue de la minorité au Québec.

Nous accueillons maintenant, en personne, M. James Robson, navigateur patient pour le Comité d'action sociale anglophone, Mme Brittney Chabot, directrice générale de l'Organisme communautaire anglais du Saguenay-Lac-Saint-Jean et Chloe Régis, mère au foyer. Ils sont accompagnés de Jennifer Johnson, directrice générale du Réseau communautaire de santé et de services sociaux. Bienvenue au Sénat.

Par vidéoconférence, nous accueillons Steve Guimond, guide accompagnateur pour les patients, du Réseau communautaire de santé et de services sociaux, Kayla Kippen, directrice des initiatives en santé, Basse-Côte-Nord du Québec, pour la Coasters Association et Hugo Bissonnet, directeur général de 4Korners. Bienvenue, et merci d'être parmi nous. Nous entendrons d'abord les déclarations préliminaires.

Monsieur Robson, vous avez la parole.

James Robson, navigateur patient, Comité d'action sociale anglophone, à titre personnel : Monsieur le président et membres du comité, je vous remercie de m'accueillir aujourd'hui. Je suis heureux d'avoir l'occasion de vous faire part de certains des défis auxquels fait face notre communauté anglophone vivant au Québec en ce qui a trait à l'accès au système de soins de santé.

Comme on l'a dit, je m'appelle James Robson. Je suis navigateur patient pour un organisme communautaire appelé le Comité d'action sociale anglophone. J'aide notre population anglophone à accéder aux soins de santé et à suivre toutes les étapes du processus lorsqu'il y a des barrières linguistiques, et les besoins sont donc considérables.

Aujourd'hui, j'ai trois histoires à raconter. L'une d'entre elles est personnelle et les deux autres proviennent de situations que j'ai vues dans le cadre de mon travail. Je commencerai par l'histoire d'une femme qui est l'une des premières personnes que j'ai aidées. Elle devait suivre un traitement à l'hôpital de Rimouski, qui se trouve à environ quatre heures de chez elle. Souvent, en Gaspésie — la région dans laquelle je travaille —, nous devons nous déplacer assez loin lorsque nous voulons aller quelque part, surtout pour des services de soins de santé.

Cette femme a donc communiqué avec moi. Elle était très nerveuse à l'idée de se rendre à l'Hôpital de Rimouski. Elle n'y était jamais allée auparavant et elle ne savait pas où elle allait. Je

be there with her and she gladly said yes. Prior to that, she had explained that she hadn't been sleeping for weeks.

The day after I told her I could be there, I called her to confirm some details, and she said, "James, last night I slept." This was very significant to me because the stress of having cancer and going through the treatments was not what was keeping her from sleeping. Rather, it was the stress of knowing that she'd have to go to a hospital where nobody would be able to speak English to help her get through and that the signage in the hospital wouldn't help her either.

My second story is about a social worker who I work with in the area. She called me concerning somebody whom she had been trying to help for months, and it was still unclear to her what that person needed. I went to speak to the person. Half an hour later, I left their house, drove back to the social worker's place of work and plopped a list down on the table of all the things she needed. After months of work, this person didn't get access to health care. It was something I did in half an hour because I could speak English. That's months of not getting the health care they deserve. That doesn't sound equal to me. That's a problem.

The third one is my own personal experience. I was a paramedic before I became a patient navigator and chief of operations in our region, so I know the health care system quite well. I was taken off the road in 2019 with PTSD. It was a harrowing experience, to say the least, but luckily I knew the system quite well and I am also bilingual. I was able to get a lot of the help I needed, but when dealing with mental health, it is so intricate and different for everybody, so you really need to be able to explain yourself well. I requested an English psychologist. I was unable to get one. I had to go to New Brunswick to find myself one, along with the other professionals I was working with. Along with being able to access an English worker, which I could not do in Quebec, along with being bilingual, along with knowing the system, I still hit rock bottom. If I had been a unilingual anglophone in the area, I don't know that I would be here today talking to you.

It is an honour to serve the anglophone population. I hope I did them justice today. I would like to finish by saying that I was very nervous about today. People often ask me if I am nervous about certain things, and I always like to answer, being a former paramedic, "Is anybody going to die?" And with my PTSD, I try to work on not getting anxious or stressed about things that don't matter. But when it comes to life and death, I do get nervous, and

lui ai demandé si elle voulait que je l'accompagne et elle a accepté de bon cœur. Auparavant, elle m'avait expliqué qu'elle ne dormait plus depuis des semaines.

Le lendemain du jour où je lui ai dit que je pouvais l'accompagner, je l'ai appelée pour confirmer certains détails et elle m'a dit qu'elle avait réussi à dormir la nuit précédente. C'était très important pour moi, car ce n'était pas le stress lié au cancer et au traitement qui l'empêchait de dormir. C'était plutôt le stress de savoir qu'elle allait devoir aller dans un hôpital où personne ne pourrait parler anglais pour l'aider à s'orienter et que les affiches dans l'hôpital ne l'aideraient pas non plus.

La deuxième histoire que je vais vous raconter est celle d'une travailleuse sociale avec laquelle je travaille dans la région. Elle m'a appelé au sujet d'une personne qu'elle essayait d'aider depuis des mois, mais elle ne savait toujours pas ce dont cette personne avait besoin. Je suis donc allé parler à cette personne. Une demi-heure plus tard, j'ai quitté son domicile, je suis retourné sur le lieu de travail de la travailleuse sociale et j'ai déposé sur la table une liste de tout ce dont cette personne avait besoin. Après des mois de travail, cette personne n'avait pas encore eu accès à des soins de santé, mais j'ai réussi à accomplir cela en une demi-heure parce que je parlais anglais. Pendant des mois, cette personne n'a pas reçu les soins de santé auxquels elle avait droit. Cela ne me semble pas équitable. C'est un problème.

La troisième histoire concerne mon expérience personnelle. J'étais ambulancier paramédical avant de devenir navigateur patient et chef des opérations dans notre région, et je connais donc assez bien le système de soins de santé. En 2019, j'ai été retiré du service en raison d'un trouble de stress post-traumatique. Le moins que l'on puisse dire, c'est que l'expérience a été éprouvante, mais heureusement, je connais très bien le système et je suis également bilingue. J'ai pu obtenir une grande partie de l'aide dont j'avais besoin, mais les besoins en matière de santé mentale sont tellement complexes et différents pour tout le monde et il faut donc être en mesure de bien s'expliquer. J'ai demandé un psychologue anglophone, mais je n'ai pas pu en obtenir un. J'ai donc dû aller au Nouveau-Brunswick pour en trouver un, avec les autres professionnels avec lesquels je travaillais. Même après avoir eu accès à un travailleur anglophone, ce que je ne pouvais pas faire au Québec, même si je suis bilingue et que je connais bien le système, j'ai quand même touché le fond. Si j'avais été un anglophone unilingue dans la région, je ne sais pas si je serais ici aujourd'hui pour vous en parler.

C'est un honneur de servir la population anglophone. J'espère lui avoir rendu justice aujourd'hui. J'aimerais terminer en avouant que j'étais très nerveux à l'idée d'être ici aujourd'hui. Les gens me demandent souvent si je suis nerveux à propos de certaines choses, et comme je suis un ancien ambulancier, je demande toujours si quelqu'un va mourir. Et en raison de mon trouble de stress post-traumatique, je m'efforce de ne pas me

I can tell you that today, I am nervous — it is a matter of life and death. Thank you.

The Chair: Thank you, Mr. Robson. I will turn now to Ms. Brittney Chabot. The floor is yours.

Brittney Chabot, Executive Director, English Community Organization — Saguenay-Lac-Saint-Jean, as an individual: Esteemed members of this committee, my name is Brittney Chabot, and I would like to thank you for the opportunity to share my personal experiences with the Quebec health care system today, as well as share the sentiment of the community that I serve in my role as the Executive Director of the English Community Organisation of Saguenay-Lac-Saint-Jean, known as ECO-02.

I have been fortunate, through my husband's job in the Canadian Armed Forces, to have lived all across Canada — in Ontario, where I was born and raised; in Alberta from 2014 to 2016; in Saskatchewan from 2016 to 2021; and now in Quebec, where we have lived in Saguenay and have since July 15, 2021. Having experienced four different provincial health care systems, I can say with absolute confidence that of all the times I have sought and obtained health care across Canada, Quebec has not only been the most difficult to access but also the most limited in access.

Before I arrived there, I was warned by fellow military spouses living in Quebec that if you spoke English, the hospitals would either ignore me or refuse me services and I would be treated as a second-class citizen. I chalked this up originally to stereotypes, as my husband is Québécois. Not only did I learn that this is the truth, I now guide others through the often difficult terrain of navigating this challenging health care system.

My first experience with the CIUSSS was on April 1, 2022, when I ruptured my Achilles tendon. With my husband out of the country for work, I decided to join a local intramural rugby team to make friends. During a practice, my body went in one direction while my foot stayed in the same place. I was transported to hospital in Jonquière by a fellow player, and upon arrival, I asked for an interpreter. I was informed over and over that, "There are no interpreters." I reminded the triage nurse that the CIUSSS pays for access to the National Translation Bank and that I have the right to be treated in English, as per the 12 user rights. I was told that that is only for appointments, not for emergencies.

stresser pour chaque petite chose. Toutefois, lorsqu'il s'agit de vie ou de mort, je suis nerveux, et je peux vous dire qu'aujourd'hui, je suis nerveux, car c'est bel et bien une question de vie ou de mort. Je vous remercie.

Le président : Je vous remercie, monsieur Robson. La parole est maintenant à Mme Brittney Chabot. Vous avez la parole.

Brittney Chabot, directrice générale, Organisme communautaire anglais du Saguenay-Lac-Saint-Jean, à titre personnel : Mesdames et messieurs les membres du comité, je m'appelle Brittney Chabot et je tiens à vous remercier de me donner l'occasion de vous faire part aujourd'hui de mon expérience personnelle dans le système de santé du Québec et de vous communiquer le sentiment de la communauté que je sers à titre de directrice générale de l'Organisme communautaire anglais du Saguenay-Lac-Saint-Jean, aussi connu sous le nom de ECO-02.

Grâce au travail de mon mari dans les Forces armées canadiennes, j'ai eu la chance de vivre un peu partout au Canada, soit en Ontario, où je suis née et où j'ai grandi, en Alberta de 2014 à 2016, en Saskatchewan de 2016 à 2021 et maintenant au Québec, où nous vivons à Saguenay depuis le 15 juillet 2021. Comme j'ai fait l'expérience de quatre systèmes de santé provinciaux différents, je peux affirmer en toute confiance que de tous les systèmes dans lesquels j'ai demandé et obtenu des soins de santé au Canada, celui du Québec a été non seulement le plus difficile d'accès, mais aussi celui qui offre l'accès le plus restreint.

Avant mon arrivée, des conjoints de militaires qui vivaient déjà au Québec m'ont avertie que si je parlais anglais, le personnel des hôpitaux ne me prêterait aucune attention ou me refuserait des services et que je serais traitée comme une citoyenne de deuxième classe. J'ai d'abord mis cela sur le compte des stéréotypes, car mon mari est québécois. J'ai non seulement appris que c'était la vérité, mais j'aide maintenant d'autres personnes à s'y retrouver dans ce système de soins de santé semé d'embûches.

Ma première expérience avec le Centre intégré universitaire de santé et de service sociaux, ou CIUSSS, remonte au 1^{er} avril 2022, lorsque j'ai déchiré mon tendon d'Achille. Puisque mon mari était à l'étranger pour son travail, j'avais décidé de faire partie d'une équipe locale de rugby intra-muros pour me faire des amis. Lors d'un entraînement, mon corps s'est déplacé dans une direction pendant que mon pied est resté au même endroit. J'ai été transportée à l'hôpital de Jonquière par une coéquipière et, à mon arrivée, j'ai demandé un interprète. On m'a informée à maintes reprises qu'il n'y avait pas d'interprète. J'ai rappelé à l'infirmière de triage que le CIUSSS payait un accès à la banque d'interprètes de la Capitale-Nationale et que j'avais le droit d'être traitée en anglais, conformément aux 12 droits des usagers. On m'a répondu que ce n'était que pour les rendez-vous, et non pour les urgences.

Because of this refusal, what was a 15-minute triage became 40 minutes because I had to think about how to describe what happened to me and how my body felt before translating it into French and using parallel metaphors and roundabout comparisons. I was forced to play this game of “related words” multiple times over the course of the evening before being discharged alone, without crutches, and told, “Good luck,” with nothing but a referral to a surgeon.

[Translation]

At this point, I'd like to show you that, even though I speak French quite well, I will never be fluent enough to discuss my physical or mental health with a medical professional in a nuanced way.

In June 2023, I decided that it would be better for my mental health to resume the anti-anxiety medication I used to take. I needed to have my old prescription renewed, so, once a week, I would call Info-Social 811 to try to get a doctor's appointment. I always got through to a bilingual nurse, but would then be told that a nurse in my region would call me to discuss the matter further and book an appointment.

When a nurse in my region would call me back, she could never speak English. I would spend 40 minutes on the phone, trying to explain my situation in French, but was never offered an interpreter. This is how the phone call always ended: “Sorry, madam, no appointments are available in your region. If you hurt yourself, go to emergency.”

[English]

My breaking point was when, on the fourth attempt, the nurse who called me back told me, “Please stop calling. There are no appointments. We cannot help you. If you think you're going to hurt yourself, go to the hospital.”

The only reason I was able to receive mental health care was because, as a military spouse, I was able to access a special pilot program offered by the Bagotville Military Family Resource Centre. They had received special funding for the 2023-24 fiscal year to cover the appointment costs of private clinicians so military family members could receive immediate mental health services. To be clear, I was only able to access this mental health service due to my status as a military spouse and because of a specially financed pilot project that was limited and run by the Bagotville MFRC.

À cause de ce refus, ce qui devait être un triage de 15 minutes s'est transformé en processus de 40 minutes parce que je devais réfléchir à la manière de décrire ce qui m'était arrivé et ce que mon corps ressentait et ensuite traduire tout cela en français et utiliser des métaphores parallèles et des comparaisons détournées. J'ai été obligée de jouer à ce jeu de « mots connexes » à maintes reprises dans la soirée pour enfin sortir seule, sans béquilles, pendant qu'on me souhaitait bonne chance après un aiguillage vers un chirurgien.

[Français]

C'est à ce point de mon témoignage que j'aimerais vous montrer que même si je suis très compétente en français, je ne serai jamais assez bilingue pour être capable de m'exprimer avec nuance dans le domaine des affaires médicales, qu'il s'agisse de santé physique ou mentale.

En juin 2023, j'ai décidé que, pour mon bien-être, je devais renouveler une ancienne ordonnance pour ma médication contre l'anxiété. J'ai appelé Info-Social 811 une fois par semaine pour prendre rendez-vous avec un médecin. Chaque fois, j'étais capable de parler avec une infirmière bilingue jusqu'à ce qu'on me dise : « Une infirmière de votre région vous appellera pour en discuter davantage et pour fixer un rendez-vous. »

Lorsqu'une infirmière de ma région me rappelait, elle n'était jamais capable de me parler en anglais. Après avoir passé 40 minutes au téléphone en essayant de m'exprimer en français, aucun service d'interprète ne m'était offert et les appels se terminaient toujours avec ceci : « Désolée, madame, aucun rendez-vous n'est offert dans votre région. Si vous vous blessez, rendez-vous dans une urgence, s'il vous plaît. »

[Traduction]

J'ai atteint mon point de rupture lorsque, à la quatrième tentative, l'infirmière qui m'a rappelée m'a dit d'arrêter d'appeler, car il n'y avait aucun rendez-vous disponible et qu'on ne pouvait pas m'aider. Elle m'a dit que si je pensais que j'allais me faire du mal, je devais me rendre à l'hôpital.

La seule raison pour laquelle j'ai pu recevoir des soins de santé mentale, c'est qu'à titre de conjointe de militaire, j'ai pu avoir accès à un programme pilote spécial offert par le Centre de ressources pour les familles de militaires de Bagotville. Le centre avait reçu un financement spécial pour l'exercice 2023-2024, afin de couvrir les frais de rendez-vous avec des cliniciens en pratique privée pour que les membres des familles de militaires puissent recevoir des services de santé mentale immédiats. Je tiens à préciser que je n'ai pu avoir accès à ce service de santé mentale qu'en raison de mon statut de conjointe de militaire et grâce à un projet pilote profitant d'un financement spécial, qui était d'une durée limitée et qui était exécuté par le Centre de ressources pour les familles de militaires de Bagotville.

[Translation]

From the outside, you might think my experience with the health care system was merely inconvenient, highlighting the fact that you have to speak French well if you're going to live in Saguenay. However, ladies and gentlemen, think about this: I'm virtually bilingual, so if I have trouble explaining myself in French when I'm hurt or sick, imagine what it's like for someone whose French isn't very good.

The English-speaking community in the Saguenay—Lac-Saint-Jean administrative region may be just 2,150 people, or 0.8% of the population, but we all need access to health and social services.

The biggest problem I encounter is that front-line workers are in the dark about the services that are available. While far from adequate and challenging to access, supports do exist. Nevertheless, we face a lack of respect, a lack of services and a lack of access because the available information doesn't get where it needs to go.

[English]

Members of this committee, I would ask you to please work on developing an action plan that integrates and supports better communication between departments, management tiers and staff to ensure a base knowledge of available resources to service the linguistic minority, whoever that may be. Studies have shown that health outcomes improve when individuals are able to communicate in the language they are most comfortable.

I look forward to continuing my work advocating for the English-speaking minority in my region and assisting our local health care network with improving access across the board. Thank you.

The Chair: Thank you, Ms. Chabot. Ms. Régis, the floor is now yours.

Chloe Régis, stay-at-home mother, as an individual: First, I would like to thank you for inviting me to share my experience before this committee meeting. While I live in Chicoutimi today, I immigrated there from Virginia in 2019 to be with my husband. I am a wife and a mother to three young children.

As a newcomer to Canada, I expected some cultural adjustments. However, the most profound and persistent challenge I have faced has been navigating the Quebec health care system. During my testimony this evening, I will be highlighting my experiences as a pregnant person with health care professionals and their attitudes.

[Français]

D'un point de vue extérieur, mes expériences ne peuvent sembler que gênantes et mettent en évidence le fait que, pour vivre au Saguenay, il faut au moins être habile en français. Cependant, mesdames et messieurs, si moi, une personne presque bilingue, j'ai des problèmes à m'exprimer en français quand je suis blessée ou malade, imaginez la détresse d'une personne qui n'a pas un assez bon niveau de français.

Même si la communauté des personnes d'expression anglaise ne représente que 0,8 % de la population de la région administrative du Saguenay—Lac-Saint-Jean, soit environ 2 150 personnes, nous avons tous besoin d'avoir accès au réseau de la santé et des services sociaux.

Le plus gros problème que je constate, c'est le manque de connaissance des services disponibles de la part des gens qui travaillent en première ligne. De l'aide existe, malgré de nombreuses lacunes ou des difficultés, et nous souffrons également d'un manque de respect, de services et d'accès, car l'information disponible ne se rend pas assez loin.

[Traduction]

Mesdames et messieurs les membres du comité, je vous demanderais de bien vouloir travailler à l'élaboration d'un plan d'action qui intègre et appuie une meilleure communication entre les services, les paliers de gestion et le personnel, afin d'assurer une connaissance de base des ressources offertes pour servir la minorité linguistique, quelle qu'elle soit. Des études révèlent que les résultats en matière de santé s'améliorent lorsque les personnes sont en mesure de communiquer dans la langue dans laquelle elles se sentent le plus à l'aise.

Je me réjouis de poursuivre mon travail de défense des intérêts de la minorité anglophone dans ma région et d'aider notre réseau local de soins de santé à améliorer l'accès à tous les égards. Je vous remercie.

Le président : Je vous remercie, madame Chabot. Madame Régis, vous avez la parole.

Chloe Régis, mère au foyer, à titre personnel : Tout d'abord, je tiens à vous remercier de m'avoir invitée à partager mon expérience avec votre comité. Même si j'habite aujourd'hui à Chicoutimi, j'y ai immigré de Virginie en 2019 pour être avec mon mari. Je suis une épouse et une mère de trois jeunes enfants.

À titre de nouvelle arrivante au Canada, je m'attendais à quelques adaptations culturelles. Cependant, le défi le plus difficile et le plus persistant que j'ai dû relever a été de m'orienter dans le système de soins de santé du Québec. Dans le cadre de mon témoignage ce soir, je décrirai mes expériences à titre de personne enceinte avec des professionnels de la santé et leurs attitudes.

I would also like to mention that due to the trauma of my experiences with the health care system, my family has been forced to make the difficult decision to move away from the only home my husband has ever known.

Twice I have given birth and twice I have been failed by Quebec. Both times, I was discharged without any documentation, and my husband was forced to be the middle man in either sourcing that information or contacting the necessary specialists after the fact.

My first pregnancy occurred during the COVID-19 pandemic, and I was left to navigate prenatal care alone due to the restrictions, on top of being denied access to translation services. Induced early, with no communication, I will never forget the five medical professionals swarming around my hospital bed, shouting at me in French, trying to get me to change positions while looking fearfully at my husband each time as he tried to direct me.

A few hours after my son was born, he was transferred to Québec City due to seizures without me. I was left to cope with the physical and emotional aftermath of giving birth in isolation, with no tools to kickstart lactation after being separated from my baby. Fourteen hours after giving birth, I was forced to travel two hours away from my home to be with my newborn with no sleep, in pain and distressed over my son's condition.

My husband and I decided he would have to communicate with the new care team, as I couldn't, and so I was left alone to process all of this on my own again. Nurses refused to pay me any attention, making it difficult and anxiety-inducing to try and call for help. When I did attempt to request an English-speaking nurse, I was berated and told it was a ridiculous request.

When I learned I was pregnant for the second time, I went to the emergency room with concerning symptoms. I was told that things were fine, but I had to come back the next day for more blood work. My husband asked multiple times if there would be a translator, and we were told "yes." But once again, when I arrived, no one could help. My husband spent hours on the phone, from home, trying to find out more while I sat in the emergency room with no direction. Eventually, Dr. Mélanie Rowen informed me that I was likely miscarrying, and I would need to wait another week to confirm.

J'aimerais également mentionner qu'en raison du traumatisme causé par mes expériences dans le système de santé, ma famille a été obligée de prendre la décision difficile de quitter le seul foyer que mon mari ait connu.

J'ai accouché deux fois et le Québec m'a laissé tomber deux fois. Les deux fois, on m'a donné mon congé de l'hôpital sans aucune documentation, et mon mari a été obligé de jouer à l'intermédiaire soit pour obtenir ces renseignements, soit pour communiquer avec les spécialistes nécessaires après les faits.

Ma première grossesse a eu lieu pendant la pandémie de COVID-19, et j'étais seule pour m'y retrouver dans les soins prénataux en raison des restrictions, en plus de me voir refuser l'accès à des services d'interprétation. On a déclenché mon accouchement prématurément sans communication et je n'oublierai jamais les cinq professionnels de la santé qui se sont agglutinés autour de mon lit d'hôpital en me criant des directives en français, qui n'est pas ma langue maternelle, pour essayer de me faire changer de position tout en regardant mon mari d'un air effrayé pendant qu'il essayait de me dire quoi faire.

Quelques heures après la naissance de mon fils, il a été transféré à Québec en raison de crises d'épilepsie, sans que je puisse l'accompagner. J'ai dû faire face aux conséquences physiques et émotionnelles d'un accouchement dans l'isolement, sans aucun outil pour déclencher la lactation après avoir été séparée de mon bébé. Quatorze heures après l'accouchement, j'ai été obligée de voyager à deux heures de chez moi pour être avec mon nouveau-né, sans avoir dormi, tout en étant souffrante et angoissée au sujet de l'état de mon fils.

Mon mari et moi avons décidé qu'il devrait communiquer avec la nouvelle équipe soignante, car je ne pouvais pas le faire et j'ai dû composer seule, encore une fois, avec la situation. Les infirmières ont refusé de me prêter attention et j'étais donc angoissée à l'idée de demander de l'aide, car c'était très difficile dans ces conditions. Lorsque j'ai tenté de demander une infirmière qui parlait anglais, on m'a réprimandée et on m'a dit que c'était une demande ridicule.

Lorsque j'ai appris que j'étais enceinte pour la deuxième fois, je me suis rendue aux services d'urgence en raison de symptômes inquiétants. On m'a dit que tout allait bien, mais que je devais revenir le lendemain pour d'autres analyses de sang. Mon mari a demandé à plusieurs reprises si un interprète serait présent, et on nous a répondu que ce serait le cas. Mais une fois de plus, lorsque je suis arrivée, personne ne pouvait m'aider. Mon mari a passé des heures au téléphone, depuis notre domicile, à essayer d'en savoir plus, pendant que j'étais assise dans la salle d'urgence sans savoir quoi faire. Au bout du compte, Dre Mélanie Rowen m'a informée que je faisais probablement une fausse couche et que je devrais attendre une semaine de plus pour confirmer que c'était bien le cas.

After the hospital declared my miscarriage complete, I suffered for the next four months with increasingly more frequent periods of significant bleeding. I called the hospital multiple times only to be repeatedly ignored. Finally, Dr. Rowen called me back and, while dismissive of my symptoms, agreed to send me for an ultrasound, where it was discovered that my miscarriage was, in fact, still ongoing and I would need another procedure.

During my third pregnancy, I had several panic attacks before appointments, fearing a repeat of my previous experiences. There were five doctors on my care team, as my pregnancy was at high risk for twins. When I asked about delivery plans early to avoid another traumatizing induction, I was told, “You don’t get to decide how you give birth,” by one doctor and that I “wasn’t thinking of my babies’ well-being” by another.

It was Dr. Suzie Dubois, the only care provider to speak to me in English for the full appointment, who made me feel seen and heard as a patient. She listened and took my concerns seriously, and made me feel like my opinion mattered.

My daughters were born premature, and during the emergency C-section, I had a panic attack on the table. Afraid and alone, I tried to ask for my husband to be there, and the doctors instead tried to begin the procedure.

As my daughters are twins, it is unknown if they were fraternal or identical. Dr. Dubois mentioned getting them tested, but when I asked their pediatrician, I was told, “That test doesn’t exist.” I later learned this was untrue, and that, instead, the test was simply not covered by RAMQ.

These experiences have taken a toll on my physical and mental well-being, and instilled a deep sense of anxiety and distrust in medical professionals. During the most sensitive moments of my life, I have been made to feel like a burden rather than a human being in need. Now, my family will be moving near Thetford Mines for a fresh start as I hesitate to seek care without my husband present to translate. Now, I worry about my children’s well-being in a system where I cannot confidently advocate for their needs, as medical terminology and nuance will always be difficult for me, even with basic French proficiency.

I urge Quebec health care providers and policy-makers to prioritize language accessibility and cultural sensitivity. No one should endure the experiences I have faced. Every individual,

L’hôpital a enfin déclaré que ma fausse couche était terminée, mais pendant les quatre mois suivants, j’ai souffert de règles abondantes et de plus en plus fréquentes. J’ai appelé l’hôpital à plusieurs reprises, mais on ne m’a prêté aucune attention. Au bout du compte, Dre Rowen m’a rappelée et, tout en négligeant mes symptômes, elle a accepté de m’envoyer passer une échographie, où l’on a découvert que ma fausse couche était en fait toujours en cours et que j’aurais besoin d’une autre intervention.

Pendant ma troisième grossesse, j’ai eu plusieurs crises de panique avant mes rendez-vous, car je craignais que mes expériences précédentes se répètent. Mon équipe de soins comptait cinq médecins, car ma grossesse présentait un risque élevé et j’étais enceinte de jumelles. Lorsque j’ai tenté d’établir, à l’avance, un plan pour l’accouchement, afin d’éviter un nouveau déclenchement traumatisant, un médecin m’a dit que je ne pouvais pas décider de la façon dont j’allais accoucher et un autre m’a dit que je ne pensais pas au bien-être de mes bébés.

C’est Dre Suzie Dubois, la seule fournisseuse de soins qui m’a parlé en anglais pendant toute la durée du rendez-vous, qui m’a fait sentir qu’on me voyait et qu’on m’entendait à titre de patiente. Elle m’a écoutée, elle a pris mes inquiétudes au sérieux et elle m’a donné l’impression que mon opinion était importante.

Mes filles sont nées prématurément et, lors de la césarienne d’urgence, j’ai fait une crise de panique sur la table d’opération. Effrayée et seule, j’ai tenté de demander la présence de mon mari, mais les médecins ont plutôt essayé de commencer l’intervention chirurgicale.

On ne sait pas si mes filles sont des jumelles dizygotes ou identiques. Dre Dubois a mentionné la possibilité de leur faire passer un test, mais lorsque j’ai posé la question à leur pédiatre, on m’a répondu que ce test n’existe pas. J’ai appris plus tard que ce n’était pas vrai et que le test n’était tout simplement pas couvert par la Régie de l’assurance maladie du Québec.

Ces expériences ont fait des ravages sur mon bien-être physique et mental et m’ont inculqué un profond sentiment d’anxiété et de méfiance à l’égard des professionnels de la santé. Dans les moments les plus délicats de ma vie, on m’a fait sentir que j’étais un fardeau plutôt qu’un être humain qui a besoin d’aide. Aujourd’hui, ma famille a décidé de déménager près de Thetford Mines pour un nouveau départ, car j’hésite à me faire soigner sans la présence de mon mari pour me servir d’interprète. Je m’inquiète du bien-être de mes enfants dans un système dans lequel je ne peux pas défendre leurs besoins en toute confiance, car j’éprouverai toujours des difficultés avec la terminologie médicale et les nuances dans ce domaine, même avec une connaissance de base du français, qui n’est pas ma langue maternelle.

J’exhorte donc les prestataires de soins de santé et les décideurs politiques du Québec à donner la priorité à l’accessibilité linguistique et à la sensibilisation aux réalités

regardless of their language, deserves compassionate, comprehensive and quality health care.

Thank you.

The Chair: Thank you, Ms. Régis.

Ms. Johnson, do you have an opening statement? Please go ahead.

Jennifer Johnson, Executive Director Community Health and Social Services Network: Thank you for the opportunity to come and speak to you today regarding the challenges faced by the English-speaking community in Quebec to access English-language health and social services.

I actually came here last year and did a presentation here, but you're not likely to remember.

As you have heard a couple of times during your study, language non-concordance between the patient and the health professional can have severe consequences, as Chloe has just described. The ability to express your health concerns and understand the diagnosis and treatment of your illness is primordial to good health outcomes. Language barriers can create poor patient assessment, misdiagnosis, delayed treatment, increased medication errors and many other undesirable outcomes, including, in extreme cases, premature death.

You will be hearing today from several representatives of the community who will speak about those challenges that they face in accessing services. To help you understand their experiences more, I want to give you a quick resume of how English-language health services are organized, as that might put things in better context.

First, the provincial government has approved access plans for each CIUSSS territory, and those plans identify which services should be available in English in each of the institutions. These access plans are available on the websites of each of the CIUSSS, but they are very difficult to find and often not easy for a patient to understand. It is up to the CIUSSS and the local community organizations to ensure that the community understands what services are available and how to access them. This is a constant challenge for all involved, in particular because institutions cannot make an active offer of service.

culturelles. Personne ne devrait avoir à subir les expériences auxquelles j'ai dû faire face. Chaque personne, quelle que soit sa langue, mérite de recevoir des soins de santé compasissants, complets et de qualité.

Je vous remercie.

Le président : Je vous remercie, madame Régis.

Madame Johnson, ferez-vous une déclaration préliminaire? Vous avez la parole.

Jennifer Johnson, directrice générale, Réseau communautaire de santé et de services sociaux : Je vous remercie de me donner l'occasion de vous parler aujourd'hui des défis auxquels fait face la communauté anglophone du Québec pour avoir accès à des services de santé et à des services sociaux en anglais.

En fait, j'ai comparu devant le comité l'année dernière et j'ai fait une déclaration préliminaire, mais vous ne vous en souvenez probablement pas.

Comme vous l'avez entendu à quelques reprises au cours de votre étude, la non-concordance linguistique entre un patient et les professionnels de la santé peut avoir de graves conséquences, comme Mme Régis vient tout juste de l'expliquer. La capacité à exprimer ses préoccupations en matière de santé et à comprendre le diagnostic et le traitement d'un problème de santé est primordiale pour obtenir de bons résultats en matière de santé. Les barrières linguistiques peuvent entraîner une mauvaise évaluation du patient, un diagnostic erroné, des retards dans le traitement, un plus grand nombre d'erreurs de médication et de nombreux autres résultats indésirables, y compris, dans des cas extrêmes, un décès prématuré.

Vous avez entendu aujourd'hui plusieurs représentants de la communauté qui vous ont parlé des difficultés auxquelles ils font face pour avoir accès à des services de santé. Pour vous aider à mieux comprendre leurs expériences, j'aimerais vous donner un aperçu de la façon dont les services de santé en anglais sont organisés, afin de mieux situer les choses dans leur contexte.

Tout d'abord, le gouvernement provincial a approuvé des plans d'accès pour chaque territoire des CIUSSS, et ces plans indiquent les services qui devraient être offerts en anglais dans chacun des établissements. Ces plans d'accès sont publiés sur le site Web de chacun des CIUSSS, mais ils sont très difficiles à trouver et souvent très difficiles à comprendre pour les patients. Il incombe donc aux CIUSSS et aux organismes communautaires locaux de veiller à ce que les gens comprennent les services qui sont offerts et la façon d'y avoir accès. Il s'agit d'un défi constant pour tous les intervenants, notamment parce que les établissements ne peuvent faire une offre active de service.

There are 69 institutions in Quebec that are identified as “designated,” which means that all of their services are offered in both English and French. Of those 69, 37 are located on the island of Montreal. Of the remaining 32 institutions of the island of Montreal, 10 of them are long-term care facilities and rehabilitation centres. Of the 22 remaining, 9 of the sites are small CLSCs in the villages of the lower North Shore, serving a very isolated and largely unilingual population. Another eight CLSCs are serving the Outaouais region. That leaves five institutions covering the rest of Quebec.

As you can imagine, that means the vast majority of English-speaking communities across the province don’t have designated institutions available to them. They must rely upon their local institutions implementing access plans that I spoke of earlier.

It is also a very difficult time for human resources. Obtaining and keeping bilingual professionals can be very challenging in the face of OQLF requirements, the right to work in French and the demands of unions. Institutions are also still waiting for the directives and Ministry of Health and Social Services and the OQLF on the implementation of Law 14 within the health system. That, too, might increase the challenges faced by patients and professionals.

In 2021, the CHSSN surveyed 3,000 English speakers and asked them about their satisfaction in accessing services in English. The good news is that 53% of the respondents actually said they were satisfied with the services. The bad news was that 47% are not. The level of satisfaction also changes depending upon which region you live in. In some regions like Laval, the satisfaction reaches 56%. In the regions with the smallest communities, the dissatisfaction rises to 86%.

As you can imagine, the CISSS locations on the island of Montreal have satisfaction levels that are relatively higher than the rest of Quebec, with the exception of the east end of Montreal where the dissatisfaction levels are similar to those communities off the island of Montreal.

I also have to underscore that complete revision of the health system and the creation of Santé Québec has once again reduced the influence of the English-speaking community. They will abolish all the boards of directors of the CISSS and CIUSSS that used to have a seat dedicated to representing the English-speaking community. A single provincial board of directors will be responsible for all institutions, including those institutions that were created by the English-speaking community. We were able to salvage the regional access committees that are representatives from the English-speaking community, but their roles and responsibilities have yet to be determined.

Au Québec, il y a 69 établissements « désignés », ce qui signifie que tous leurs services sont offerts en anglais et en français. Sur ces 69 établissements, 37 sont situés sur l’île de Montréal. Sur les 32 établissements restants sur l’île de Montréal, on compte 10 établissements de soins de longue durée et centres de réadaptation. Sur les 22 établissements restants, neuf sont de petits CLSC situés dans des villages de la Basse-Côte-Nord qui desservent une population très isolée et largement unilingue. Huit autres CLSC desservent la région de l’Outaouais. Il reste donc cinq établissements pour le reste du Québec.

Comme vous pouvez l’imaginer, cela signifie que la grande majorité des communautés anglophones de la province n’ont pas d’établissements désignés à leur disposition. Ces communautés doivent donc compter sur leurs établissements locaux pour mettre en œuvre les plans d’accès dont j’ai parlé plus tôt.

C’est aussi une période très difficile sur le plan des ressources humaines. Il peut s’avérer très difficile de trouver et de conserver des professionnels bilingues pour répondre aux exigences de l’OQLF, au droit de travailler en français et aux demandes des syndicats. Les institutions attendent toujours les directives du ministère de la Santé et des Services sociaux et de l’OQLF sur la mise en œuvre de la loi 14 dans le système de santé. Cela pourrait également accroître les difficultés rencontrées par les patients et les professionnels.

En 2021, le CHSSN a interrogé 3 000 anglophones sur leur degré de satisfaction concernant l’accès à des services en anglais. La bonne nouvelle, c’est que 53 % des personnes interrogées se sont déclarées satisfaites des services. La mauvaise nouvelle, c’est que 47 % ne le sont pas. Le degré de satisfaction varie également en fonction de la région où l’on vit. Dans certaines régions comme Laval, le taux de satisfaction atteint 56 %. Dans les régions où les communautés sont les plus petites, l’insatisfaction atteint 86 %.

Comme vous pouvez l’imaginer, les CISSS situés sur l’île de Montréal affichent des degrés de satisfaction relativement plus élevés que le reste du Québec, à l’exception de l’Est de Montréal où les degrés d’insatisfaction sont similaires à ceux des communautés situées à l’extérieur de l’île de Montréal.

Je dois également souligner que la révision complète du système de santé et la création de Santé Québec ont une fois de plus réduit l’influence de la communauté anglophone. Tous les conseils d’administration des CISSS et CIUSSS qui avaient un siège réservé à un représentant de la communauté anglophone seront abolis. Un seul conseil d’administration provincial sera responsable de toutes les institutions, y compris de celles qui ont été créées par la communauté anglophone. Nous avons pu sauver les comités d’accès régionaux qui représentent la communauté anglophone, mais leurs rôles et responsabilités restent à déterminer.

These are some of the influencing factors on patients' ability to receive services in English. Let's hear from the other witnesses about their challenges.

The Chair: Thank you, Ms. Johnson. I will now turn to Mr. Steve Guimond. You have five minutes, sir. Thank you for being here.

Steve Guimond, Patient Navigator, Community Health and Social Services Network, as an individual: Thank you. Good evening, members of the committee. My name is Steve Guimond. I am a patient navigator in Quebec City. Thank you for having me. I'll be presenting to you on the Quebec City Patient Navigator Project.

Quebec City is a hub for specialized medical services and patients arrive for treatment from all over eastern Quebec. At a very difficult period in their life, patients are forced to travel great distances, sometimes upwards of 1,000 kilometres, to receive health care and are often required to stay in Quebec for extended periods.

The money provided by the government for this displacement does not cover the real cost of lodging, transportation and meals. Add to this experience an often inhibiting language barrier and no social support network, and you have extremely vulnerable patients.

After hearing numerous stories about largely unilingual English-speaking families living in the eastern Quebec having difficulty when travelling to receive these services, several community organizations joined forces and undertook a community-based action research project to authenticate this anecdotal evidence. From 2015 to 2017, they conducted surveys, focus groups and interviews with residents of the Gaspésie, les Îles-de-la-Madeleine, Bas-Saint-Laurent and Côte-Nord.

The findings revealed that individuals and families were in dire need of support and can greatly benefit from a person in Quebec City to help with their particular needs. As a result, the Quebec Community Health and Social Services Network, in collaboration with the community organizations involved and the CIUSSS Capitale Nationale, created the Patient Navigator project. This program offers English-speaking adults and children from outlying regions the benefit of a patient navigator to assist them with their aforementioned needs prior to and during treatment in a Quebec City hospital.

The patient navigator is, therefore, responsible for assisting with travel logistics and local transportation; providing information about the city, lodging and the hospital; visiting

Ce sont là quelques-uns des facteurs qui influencent la capacité des patients de recevoir des services en anglais. Écoutons les autres témoins nous parler de leurs difficultés.

Le président : Merci, madame Johnson. Je donne maintenant la parole à M. Steve Guimond. Vous avez cinq minutes, monsieur. Je vous remercie de votre présence.

Steve Guimond, guide accompagnateur pour les patients, Réseau communautaire de santé et de services sociaux, à titre personnel : Merci. Bonsoir à tous les membres du comité. Je m'appelle Steve Guimond. Je suis guide accompagnateur pour les patients dans la ville de Québec. Je vous remercie de m'accueillir. Je vais vous présenter le projet du Guide accompagnateur pour les patients de la ville de Québec.

Québec est une ville centrale pour les services médicaux spécialisés, et les patients arrivent de tout l'Est du Québec pour s'y faire soigner. À une période très difficile de leur vie, les patients sont obligés de parcourir de grandes distances, parfois plus de 1 000 kilomètres, pour recevoir des soins de santé et sont souvent obligés de rester à Québec pendant de longues périodes.

L'argent versé par le gouvernement pour ces déplacements ne couvre pas le coût réel de l'hébergement, du transport et des repas. Ajoutez à cette expérience une barrière linguistique souvent rédhibitoire et l'absence d'un réseau de soutien social, et vous comprendrez que cela en fait des patients extrêmement vulnérables.

Après avoir entendu de nombreuses histoires de familles anglophones essentiellement unilingues vivant dans l'Est du Québec, qui connaissent toutes sortes de difficultés lorsqu'elles doivent se déplacer pour recevoir ce genre de services, plusieurs organisations communautaires ont uni leurs forces et lancé un projet de recherche-action communautaire pour authentifier ces preuves anecdotiques. De 2015 à 2017, leurs membres ont mené des enquêtes, des groupes de discussion et des entrevues avec des résidents de la Gaspésie, des Îles-de-la-Madeleine, du Bas-Saint-Laurent et de la Côte-Nord.

Les résultats ont révélé que les personnes et les familles avaient cruellement besoin de soutien et qu'elles pouvaient grandement bénéficier d'une personne à Québec pour les aider à répondre à leurs besoins particuliers. Par conséquent, le Réseau communautaire de santé et de services sociaux du Québec, en collaboration avec les organismes communautaires compétents et le CIUSSS Capitale Nationale, a créé le projet du Guide accompagnateur. Ce programme offre aux adultes et aux enfants d'expression anglaise des régions éloignées la possibilité de bénéficier des services d'un guide accompagnateur pour les aider à répondre aux besoins que je viens de mentionner avant et pendant leur traitement dans un hôpital de Québec.

Le guide accompagnateur est donc chargé d'aider à la logistique du voyage et au transport local; de fournir des informations sur la ville, l'hébergement et l'hôpital; de rendre

patients and family members and, where necessary, accompaniment and translation; facilitating the provision of health services by ensuring good communication between health care providers and patients; raising awareness with all levels of the hospital staff to the needs of the English-speaking patients, and their responsibility to respond to those needs; providing emotional support to patients as they deal with fear, loneliness and being overwhelmed by their medical condition; and, finally, standing in for family members so that patients are not left alone, particularly children.

Since the launch of the service in March 2018, over 500 individual clients have been helped. When return visits are factored in over the intervening years, nearly 1,200 clients have been served.

Each patient is unique. We have encountered a vast range of situations, from standard support for transportation, friendly visits and appointment accompaniments, to more stressful situations of a child being flown to Quebec City on a medevac without accompaniments, to a patient who was a victim of a crime as well as countless patients who found themselves alone in the city for treatments for months at a time. Most of these patients hail from small villages far from Quebec City. Most are older, adult clients who are often quite ill and endure long, difficult voyages to get here.

By having the Patient Navigator working with the patients and their families, we repeatedly see that the support decreases stress levels and the risk of misunderstanding between health care providers and patients. The patient navigator improves the experience of receiving care in an unfamiliar hospital and city for everyone involved.

Six years of on-the-ground service has provided us with a unique perspective regarding the realities faced by English speakers within Quebec City's health establishments.

Despite a recent, restrictive provincial government language directive, what is happening in the hospitals and clinics across the city paints a different picture.

Positively, communication between nurses and doctors with their patients has improved. At the doctor level, this is not surprising given the fact that the international language of medicine is in English and many have, at one point, studied outside of the province.

A more pleasant surprise is found at the nursing level where staffing has recently undergone a major renewal, with a younger generation now occupying much of its ranks. It is a generation that, for various reasons, is much more comfortable expressing themselves in English.

visite aux patients et aux membres de leur famille et, au besoin, de les accompagner et de leur offrir des services d'interprétation; de faciliter la prestation de services de santé en assurant une bonne communication entre les prestataires de soins et les patients; de sensibiliser tout le personnel hospitalier aux besoins des patients anglophones et à leur responsabilité d'y répondre; d'offrir un soutien émotionnel aux patients qui doivent faire face à la peur, à la solitude et à l'anxiété parce qu'ils sont dépassés par leur état de santé; enfin, de faire figure de membre de la famille pour que les patients ne soient pas laissés seuls, en particulier les enfants.

Depuis le lancement du service en mars 2018, plus de 500 patients ont ainsi reçu de l'aide. Si l'on tient compte des visites suivantes au cours des années subséquentes, près de 1 200 clients ont ainsi été servis.

Chaque patient est unique. Nous avons connu un vaste éventail de situations, allant du soutien standard pour le transport, les visites amicales et les accompagnements aux rendez-vous, à des situations plus stressantes comme celle d'un enfant transporté à Québec par avion médicalisé sans accompagnement, à un patient victime de crime ainsi qu'à d'innombrables patients qui se sont retrouvés seuls dans la ville pour des traitements pendant des mois. La plupart de ces patients viennent de petits villages éloignés de Québec. La plupart d'entre eux sont des adultes âgés, souvent très malades, qui ont dû effectuer un voyage long et difficile pour arriver jusqu'ici.

Grâce au travail du guide accompagnateur auprès des patients et de leur famille, nous voyons souvent baisser le niveau de stress et le risque d'incompréhension entre les prestataires de soins et les patients. Le guide accompagnateur améliore l'expérience des soins reçus dans un hôpital et une ville inconnus pour toutes ces personnes.

Ces six années de service sur le terrain nous ont permis d'acquérir une perspective unique des réalités auxquelles sont confrontés les anglophones dans les établissements de santé de la ville de Québec.

Malgré une récente directive linguistique restrictive du gouvernement provincial, ce qui se passe dans les hôpitaux et les cliniques de la ville est un peu différent.

La communication entre les infirmières et les médecins et leurs patients s'est améliorée. Pour ce qui est des médecins, ce n'est pas surprenant étant donné que la langue internationale de la médecine est l'anglais et que nombre d'entre eux ont, à un moment ou un autre, étudié en dehors de la province.

Nous avons eu une plus belle surprise du côté du personnel infirmier, qui a récemment fait l'objet d'un renouvellement important, de sorte qu'une génération plus jeune occupe désormais une grande partie de ses rangs. Il s'agit d'une génération qui, pour diverses raisons, est beaucoup plus à l'aise pour s'exprimer en anglais.

However, barriers do still exist with front-line staff. Despite these barriers, the efforts made by the Quebec City health employees to ease them are always apparent. At the heart of these jobs is the health of the patient and that fact does not consider a patient's first language. Nevertheless, most of these health establishments do not have clear guidelines to deal with English patients and most of the methods used are ad hoc.

Given the imposing size of the hospitals here in the city compared to the regional establishments our clients are familiar with, the lack of English signage is another restrictive barrier faced when attempting to navigate within the buildings.

From what we have witnessed first-hand and heard second-hand, medical documentation is the most worrying aspect for our clients. Save for a few select and random items, the literature is uniquely available in French. From important presurgery directives to sensitive post-surgery information, the instructions are provided in the language that our users are not comfortable with.

Despite efforts by some of the city's hospitals to better accommodate English speakers at the documentation level, worrying holes exist. Sadly, the Quebec health system itself has created these serious issues for which they have not yet provided the remedies.

Thank you and I look forward to any questions you may have.

The Chair: Thank you, Mr. Guimond.

Ms. Kippen, the floor is yours.

Kayla Kippen, Director of Health Initiatives, Lower North Shore of Quebec, Coasters Association, as an individual: Good evening, Mr. Chair and all members of the Senate committee. My name is Kayla Kippen. I am the Director of Health Initiatives at The Coasters Association, a community organization on the Lower North Shore of Quebec.

The Lower North Shore is a very unique region in the province of Quebec. It consists of 14 communities grouped together into five municipalities, with a total population of 3,345 residents, 85% of which are English speakers according to our last census.

Our region faces one of the most notable population declines within the province, with the majority of that being in youth and families. Obviously, this has led to a very aging region, with 25% of our total population 65 years old and older.

Cependant, des barrières subsistent avec le personnel de première ligne. Malgré ces barrières, les efforts déployés par les employés de la santé de Québec pour les atténuer sont toujours apparents. La santé du patient est au cœur de leur travail et cela, quelle que soit la langue maternelle du patient. Néanmoins, la plupart des établissements de santé n'ont pas de directives claires sur la façon d'accueillir les patients anglophones, et la plupart des méthodes utilisées sont plutôt aléatoires.

Compte tenu de la taille imposante des hôpitaux de la ville par rapport à celle des établissements régionaux que nos clients connaissent, l'absence de signalisation en anglais est un autre obstacle restrictif auquel ils sont confrontés lorsqu'ils tentent de se déplacer à l'intérieur des bâtiments.

D'après ce que nous avons vu et entendu, la documentation médicale est l'aspect le plus préoccupant pour nos clients. À l'exception de quelques articles sélectionnés au hasard, la documentation n'est offerte qu'en français. Qu'il s'agisse de directives préopératoires importantes ou d'informations postopératoires sensibles, les instructions sont fournies dans une langue avec laquelle nos utilisateurs ne sont pas à l'aise.

Malgré les efforts déployés dans certains hôpitaux de la ville pour mieux accommoder les anglophones au chapitre de la documentation, des lacunes inquiétantes subsistent. Malheureusement, c'est le système de santé québécois lui-même qui est à l'origine de ces graves problèmes auxquels il n'a pas encore apporté de solution.

Je vous remercie et j'attends avec impatience vos questions.

Le président : Merci, monsieur Guimond.

Madame Kippen, vous avez la parole.

Kayla Kippen, directrice des initiatives en santé, Basse-Côte-Nord du Québec, Coasters Association, à titre personnel : Bonsoir, monsieur le président. Je salue également tous les membres du comité sénatorial. Je m'appelle Kayla Kippen. Je suis directrice des initiatives de santé de l'Association des Coasters, un organisme communautaire de la Basse-Côte-Nord du Québec.

La Basse-Côte-Nord est une région très particulière du Québec. Elle se compose de 14 collectivités regroupées en 5 municipalités, pour une population totale de 3 345 résidents, dont 85 % sont anglophones selon notre dernier recensement.

Notre région est confrontée à l'un des déclin démographiques les plus marqués de la province, et la majorité des personnes qui s'exilent sont des jeunes et des familles. Évidemment, cela en fait une région très vieillissante, où 25 % de la population totale est âgée de 65 ans et plus.

It is also important to note that the older adult demographic also has very low levels of bilingualism. All this is to say that we have some of the most devitalized communities in the province which are majority anglophone.

The Lower North Shore is also vastly isolated and remote, with no direct road connection between the communities and the rest of Quebec. As a result, our health and social services are very decentralized. We are seeing more and more decentralization that ever before. Patients with specialized needs or emergency services are required to travel by airplane to the regional health centre, or to larger centres in Sept-Îles, Baie-Comeau or Quebec City.

So what does this all mean in terms of access to health and social services for the English speakers in my region? I can tell you stories of English-speaking seniors who have refused medical appointments in Quebec City because of their fear of the language barrier.

I can tell you stories of patients who have not received any of their pre- and post-operation documentation in English, heightening the stress and anxiety for many of our citizens, especially our seniors.

I can tell you a story of a four-year-old boy who was restrained by three medical staff so he could receive an echocardiogram. None of the medical staff could speak English. The boy was terrified and confused, unable to comprehend what he was there for. His mother was told over and over, "Please tell your son to calm down. We cannot get a good picture." No one in that room could communicate with the child but her. She was forced to be a translator to the best of her abilities that day, going back and forth between the child and the medical staff.

I can also tell you a story of an elderly woman who was called to be in Quebec City for a medical appointment the next day, requiring her to be at the local airport that evening for her flight. This woman stood in the airport, in her hometown, on the phone with the francophone health centre in Quebec City trying to understand where she needed to go and why. It was only by pure luck that someone was in the airport that evening to grab the phone and be the translator for her. She travelled over 1,000 kilometres that evening — alone, vulnerable, afraid of the language barrier when she would arrive.

You see, there are, unfortunately, many stories like this for the English speakers on the Lower North Shore. We have seniors and parents with young children travelling 1,000 kilometres on a Beechcraft 1900, 18-passenger plane for a 20-minute appointment, and many return weeks later.

Il importe également de souligner que le taux de bilinguisme des personnes âgées est très faible. Tout cela pour dire que nos communautés sont parmi les plus dévitalisées de la province et qu'elles sont à majorité anglophone.

La Basse-Côte-Nord est également très isolée et éloignée, sans route directe entre les villages et le reste du Québec. Par conséquent, nos services sociaux et de santé sont très décentralisés, une décentralisation qui ne va qu'en augmentant. Les patients ayant des besoins spécialisés ou nécessitant des services d'urgence doivent prendre l'avion pour se rendre au centre de santé régional ou aux centres plus importants de Sept-Îles, Baie-Comeau ou Québec.

Qu'est-ce que tout cela signifie en termes d'accès aux services sociaux et de santé pour les anglophones de ma région? Je peux vous raconter des histoires d'ainés anglophones qui ont refusé des rendez-vous médicaux à Québec parce qu'ils craignaient la barrière de la langue.

Je peux vous raconter l'histoire de patients qui n'ont reçu aucune documentation pré- et post-opératoire en anglais, ce qui augmente le stress et l'anxiété de beaucoup de nos concitoyens, en particulier de nos aînés.

Je peux vous raconter l'histoire d'un petit garçon de quatre ans qui a été retenu par trois membres du personnel médical pour subir un échocardiogramme. Aucun des membres du personnel médical ne parlait anglais. Le garçon était terrifié et confus, incapable de comprendre pourquoi il était là. On répétait à sa mère : « S'il vous plaît, dites à votre fils de se calmer. Nous n'arrivons pas à prendre de bonne image. » Personne d'autre qu'elle ne pouvait communiquer avec l'enfant dans cette pièce. Ce jour-là, elle a été obligée de jouer les interprètes au mieux de ses capacités et de faire l'intermédiaire entre l'enfant et le personnel médical.

Je peux aussi vous raconter l'histoire d'une vieille dame qui a été appelée à se rendre à Québec pour un rendez-vous médical le lendemain, ce qui l'obligeait à se rendre à l'aéroport local le soir même pour prendre son vol. Cette femme était là, à l'aéroport, dans sa ville natale, au téléphone avec le centre de santé francophone de Québec, à essayer de comprendre où elle devait se rendre et pourquoi. Ce n'est que par pure chance que quelqu'un qui se trouvait à l'aéroport ce soir-là a pu prendre le téléphone et lui servir de traducteur. Elle a parcouru plus de 1 000 kilomètres ce soir-là, seule, vulnérable, effrayée par la barrière de la langue à son arrivée.

Vous voyez, il y a malheureusement beaucoup d'histoires comme celle-ci chez les anglophones de la Basse-Côte-Nord. Il y a des personnes âgées et des parents avec de jeunes enfants qui parcourent 1 000 kilomètres dans un avion Beechcraft 1900 de 18 passagers pour un rendez-vous de 20 minutes, et beaucoup reviendront des semaines plus tard.

Despite these challenges, we are fortunate to have programs that are fundamental for our English-speaking patients travelling for extra-regional services.

The Patient Navigator Program in Quebec City — Steve Guimond — has changed lives for patients travelling on their medical journey. Of his clientele, 70% comes from my region. Hundreds of patients have expressed how Mr. Guimond's services have drastically changed their outcome in accessing services in English.

With all that being said, there are three critical messages I hope you take from my five minutes today.

First, the English-speaking communities in rural and remote regions in the province of Quebec are some of our most at-risk citizens. Not only do they face a barrier in accessing services because of where they live, they then face the risk of not being able to receive that service in their mother tongue, the only language they know.

Second, provincial and federal programs are often developed in the urban context, and unfortunately this is at the detriment of rural and remote communities. Although this may not be a priority for this committee today, it is crucial to understanding that this puts rural and remote official language minority communities, or OLMCs, at even greater disadvantages, stressing that — at the very least — these communities must be given the opportunity to discuss their health in their mother tongue.

Last, with programs like the Patient Navigator Program and with the contribution of Health Canada through the federal action plans to the Community Health and Social Services Network, or CHSSN, community organizations like the Coasters Association Inc. are better equipped to strengthen our communities and adapt the health system to better respond to the unique needs of the OLMCs on the Lower North Shore.

Thank you very much for your time.

The Chair: Thank you, Ms. Kippen. Last, we will hear Mr. Bissonnet's opening remarks. The floor is yours.

Hugo Bissonnet, Executive Director, 4Korners, as an individual: Dearest members of the Senate, thank you for having us. My name is Hugo Bissonnet. I'm the executive director of 4Korners, a community-based organization in the Laurentians. 4Korners offers a wide range of programs for the Laurentians' English-speaking population that focuses on a healthy lifestyle and mental health, fosters creativity and provides support for youth, families, individuals, seniors and caregivers.

Malgré ces difficultés, nous avons la chance d'avoir des programmes essentiels pour nos patients anglophones qui se déplacent pour obtenir des services extrarégionaux.

Le programme de guide accompagnateur pour les patients, à Québec — celui de Steve Guimond —, a changé la vie des patients devant se déplacer pour recevoir des services médicaux. Soixante-dix pour cent de sa clientèle provient de ma région. Des centaines de patients affirment que les services de M. Guimond ont radicalement changé leur accès à des services en anglais.

Cela étant dit, j'espère que vous retiendrez trois messages essentiels de mes cinq minutes, aujourd'hui.

Premièrement, les citoyens des communautés anglophones des régions rurales et éloignées du Québec comptent parmi nos citoyens les plus à risque. Non seulement se heurtent-ils à la barrière de l'éloignement pour accéder à des services, parce qu'ils vivent dans une certaine région, mais ils risquent de ne pas pouvoir recevoir de services dans leur langue maternelle, la seule qu'ils connaissent.

Deuxièmement, les programmes provinciaux et fédéraux sont souvent conçus en contexte urbain, ce qui se fait malheureusement au détriment des communautés rurales et éloignées. Bien que ce ne soit peut-être pas une priorité pour ce comité aujourd'hui, il est essentiel de comprendre que cela désavantage encore plus les communautés de langue officielle en situation minoritaire des régions rurales et éloignées, parce que les gens de ces communautés doivent au moins avoir la possibilité de discuter de leur santé dans leur langue maternelle.

Enfin, grâce à des programmes comme le programme de guide accompagnateur pour les patients et à la contribution de Santé Canada au Réseau communautaire de santé et de services sociaux, ou RCSSS, au moyen des plans d'action fédéraux, les organismes communautaires comme la Coasters Association Inc. sont mieux outillés pour renforcer nos communautés et adapter le système de santé afin de mieux répondre aux besoins uniques des communautés de langue officielle en situation minoritaire de la Basse-Côte-Nord.

Je vous remercie de m'avoir accordé de votre temps.

Le président : Merci, madame Kippen. Pour terminer, nous entendrons la déclaration préliminaire de M. Bissonnet. La parole est à vous.

Hugo Bissonnet, directeur général, 4Korners, à titre personnel : Chers sénateurs, je vous remercie de nous recevoir. Je m'appelle Hugo Bissonnet. Je suis directeur général de 4Korners, un organisme communautaire des Laurentides. 4Korners offre à la population anglophone des Laurentides un vaste éventail de programmes axés sur un mode de vie sain et la santé mentale, il favorise la créativité et vient en aide aux jeunes, aux familles, aux personnes âgées, aux soignants et à toutes les autres personnes.

The Laurentians region saw the highest percentage population growth in all of the Quebec administrative regions from 2007 to 2017, which was an increase of 13%. It is the fourth-largest region in Quebec behind Montreal, Montérégie and Québec City. Within 15 years, the region is expected to have the highest proportion of people over 70 in Quebec, and there are 47,000 people speaking English in the region, which represents 7.5% of the community. This is an increase of a full 1% since the last census in 2016.

Research from the Québec Survey of Child Development in Kindergarten, or QSCDK, in 2017, shows that one out of three kindergarteners whose mother tongue is English are likely to be considered vulnerable compared to one out of four of their French-speaking peers.

Especially with few services in the region available in English — specifically in autism — sometimes parents are being told to move to Montreal if they want to have services for their kids. Sometimes travel time for speech language pathologists are included in the time they provide, so they have less time with the students or parents

A bit more about health and social services. The region represents 7.9% of the full province population, but receives 4.5% of its health care resources. The population growth is set to continue, already accelerated during the pandemic by urban dwellers moving into the region. As a result, the health care infrastructure is no longer up to the task of the Laurentians.

As well, 20% of their care and 33% of their surgeries are outside of the region, either in Laval, Montreal or Hawkesbury in Ontario. The Centre intégré de santé et de services sociaux, or CISSS, des Laurentides calculated that the Saint-Jérôme Regional Hospital, which is in the capital of the region, would need around 200,000 square metres to meet the demand. Currently, they have 70,000 square metres.

CHSSN spoke earlier about a survey about the exclusivity of services in English. Sadly, the region of the Laurentians has the lowest score on all accounts; 55% of people were not served in English when going into a local community services centres, or CLSC when the average is 33%; 46% were not served in English when calling Info-Santé or the Info-Social hotline when the average is 32% in Quebec; 42% were not served in English at the hospital emergency room or at an outpatient clinic, and the average is 27%; also 33% were not served in English at the hospital when they stayed overnight for services; and 29% were not served in English by the doctor they saw, and most of them are going to private clinics.

La région des Laurentides a connu la croissance démographique la plus élevée de toutes les régions administratives du Québec entre 2007 et 2017, soit une augmentation de 13 %. Elle est la quatrième région en importance au Québec, derrière Montréal, la Montérégie et la région de Québec. D'ici 15 ans, cette région devrait compter la plus forte proportion de personnes âgées de plus de 70 ans au Québec, et 47 000 personnes y parlent l'anglais, soit 7,5 % de la population. Il s'agit d'une augmentation de 1 % depuis le dernier recensement de 2016.

Selon l'Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle, ou EQDEM, réalisée en 2017, un enfant de maternelle sur trois dont la langue maternelle est l'anglais est susceptible d'être considéré comme vulnérable, contre un sur quatre chez ses pairs francophones.

Étant donné le peu de services disponibles en anglais dans la région — en particulier pour le traitement de l'autisme —, les parents se font parfois dire de déménager à Montréal s'ils veulent obtenir des services pour leurs enfants. Parfois, les orthophonistes incluent leur temps de déplacement dans le temps qu'ils consacrent à leurs patients, ce qui réduit d'autant le temps qu'ils peuvent passer avec les élèves ou les parents.

En voici un peu plus sur la santé et les services sociaux. La région représente 7,9 % de toute la population de la province, mais reçoit 4,5 % des ressources en santé. La croissance démographique va continuer, après s'être déjà accélérée pendant la pandémie avec l'arrivée de citoyens dans la région. Par conséquent, l'infrastructure de soins de santé ne suffit plus dans les Laurentides.

De plus, les résidents reçoivent 20 % de leurs soins et 33 % de leurs interventions chirurgicales à l'extérieur de la région, soit à Laval, à Montréal ou à Hawkesbury, en Ontario. Le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) des Laurentides a calculé que le Centre hospitalier régional de Saint-Jérôme, qui est situé dans la capitale de la région, aurait besoin d'environ 200 000 mètres carrés de superficie pour répondre à la demande. Il dispose actuellement de 70 000 mètres carrés.

Les gens du Réseau communautaire de services de santé et de services sociaux ont parlé plus tôt d'un sondage sur l'exclusivité des services en anglais. Malheureusement, c'est la région des Laurentides qui obtient la pire note sur tous les plans; 55 % des gens n'y ont pas été servis en anglais lorsqu'ils se sont rendus dans un centre local de services communautaires, ou CLSC, alors que la moyenne est de 33 %; 46 % n'ont pas été servis en anglais lorsqu'ils ont appelé Info-Santé ou la ligne Info-Social, alors que la moyenne est de 32 % au Québec; 42 % n'ont pas été servis en anglais à l'urgence de l'hôpital ou dans une clinique externe, alors que la moyenne est de 27 %; 33 % n'ont pas été servis en anglais à l'hôpital lorsqu'ils y ont passé la nuit pour obtenir des services; 29 % n'ont pas été servis en anglais par le médecin

As well, 28% were not served in English by a health care professional for a mental health issue and the average is 16% in the province. So, to increase the access of the public sector for family doctors, 12% of the English speakers in the Laurentians access family physicians through the private sector. This proportion is 90% in the rest of the province, and only 4% of francophones in the region use private doctors.

In the English-speaking community, 31% did not feel comfortable asking for services in English; 59% said they did not feel comfortable due to the attitude of the staff as a result of similar results across the province, which is 56%.

While talking about access to English services to the English speakers in the region, from 80 to 90 people who speak English say that they would be more comfortable and would desire services in English to be able to understand the treatment.

With Law 14 that just passed, which makes French the official language of Quebec, we cannot overlook this impact. This law has an impact on our organization's operation. It takes sometimes twice as much time to do the work. It also reopens the wound from Bill 101. There is an additional perverse effect on people who have lived through Bill 101 and Bill 14: It creates a stigmatization and self-stigmatization when it comes to demanding services in English based on the bad experiences they had before.

There is also a waiting list system for English speakers in the Laurentians, who are waiting for a bilingual professional to serve them or a bilingual professional that feels comfortable serving them. It is not about goodwill. It is about missing the staff to provide services in English, whether it is an assessment or more acute services. People are on the wait list and sometimes are put back down on the list until a bilingual staff member can come in. Human resources is an issue everywhere.

As a result, many people hesitate before seeking help and end up in a worse health situation that could be reduced or avoided.

Because there is so little service, they are scared to file a complaint because they are scared to be identified when filing complaints against the system. The admin staff who are struggling to give them services or because they had next to no services as well. So, it is difficult to evaluate their challenges because they want to keep silent. I see that as well in my team. Sometimes when there is an odd decision taken by the public

qu'ils ont consulté, et la plupart d'entre eux vont dans des cliniques privées.

En outre, 28 % n'ont pas été servis en anglais par un professionnel de la santé pour un problème de santé mentale, alors que la moyenne est de 16 % dans la province. Ainsi, afin de pallier les problèmes d'accès à un médecin de famille dans le secteur public, 12 % des anglophones des Laurentides consultent des médecins de famille du secteur privé. La proportion est de 90 % dans le reste de la province, et seulement 4 % des francophones de la région ont recours à des médecins privés.

Dans la communauté anglophone, 31 % des gens ne se sentent pas à l'aise de demander des services en anglais; 59 % disent ne pas se sentir à l'aise en raison de l'attitude du personnel, ce qui s'apparente aux résultats obtenus pour l'ensemble de la province, où la statistique est de 56 %.

En ce qui concerne l'accès à des services en anglais pour les anglophones de la région, de 80 à 90 personnes qui parlent anglais disent qu'elles seraient plus à l'aise et qu'elles aimeraient recevoir des services en anglais pour pouvoir mieux comprendre le traitement.

Avec la loi 14 qui vient d'être adoptée et qui fait du français la langue officielle du Québec, on ne peut pas ignorer les répercussions que cela aura. Cette loi va avoir une incidence sur le fonctionnement de notre organisation. Il faut parfois deux fois plus de temps pour faire le travail. Cela rouvre aussi la plaie de la loi 101. Cela a un effet pervers supplémentaire sur les personnes qui ont vécu la loi 101 et qui vivent la loi 14 : elle crée une stigmatisation et une autostigmatisation lorsqu'il s'agit de demander des services en anglais, à cause des mauvaises expériences vécues auparavant.

Il existe également un système de liste d'attente pour les anglophones des Laurentides, qui attendent qu'un professionnel bilingue les serve ou qu'un professionnel bilingue se sente à l'aise pour les servir. Ce n'est pas une question de bonne volonté. C'est qu'il manque de personnel pour fournir des services en anglais, que ce soit pour une évaluation ou des services plus pointus. Les personnes qui sont sur la liste d'attente sont parfois remises sur la liste jusqu'à ce qu'un membre du personnel bilingue puisse les servir. Les ressources humaines sont un problème partout.

En conséquence, de nombreuses personnes hésitent à demander de l'aide et se retrouvent dans un état de santé plus grave, qui aurait pu être amoindri ou évité.

Parce qu'il y a si peu de services, les gens ont peur de porter plainte parce qu'ils ont peur qu'on les identifie s'ils déposent une plainte contre le système, contre le personnel administratif qui s'efforce de leur fournir des services ou s'ils le font parce qu'ils n'ont pratiquement pas eu accès à des services. Il n'est donc pas facile d'évaluer les difficultés qu'ils éprouvent parce qu'ils veulent garder le silence. Je constate la même chose chez les

health system, they are not sure if it is because we are anglophones or because it is just a question of management.

The Chair: I will ask you to conclude because you are over your time, but we will have time during the question and answer period, in which you will be able to give more information. You have time to conclude.

Mr. Bissonnet: I was done. Thank you very much for your time.

The Chair: Thank you to all of you for your testimony and for sharing all the information you provided to us. We will now open the floor to questions. I invite my colleagues to be concise with their questions, and for participants to be concise in your answers. We want everyone to have the capacity and ability to speak.

Senator Moncion: To be concise, I would like to hear more about the Patient Navigator Program — how it works — and cultural training.

Mr. Robson: Steve Guimond spoke specifically for people travelling to Québec City. I work in the Gaspésie region — I cover all of southern Gaspésie — and I can be there to accompany people throughout the whole process. So that can be making an appointment, understanding the appointment and any documentation that they receive. In my work, I also travel to hospitals such as Rimouski Hospital and meet with the oncology team to ensure that we can give services in English. I can go to the hospital with patients as well. So, it is really open up to almost anything.

Very frequently, I'm also contacted by health care providers like social workers at the CLSCs and navigation nurses at hospitals. I find that in our region, there is a willingness to communicate in general with the anglophone population, but with Law 14, it is very difficult and it is getting more and more complicated even for the health care professionals to know what they are allowed and not allowed to do in English. They are reaching out a lot for our help.

Senator Moncion: Going further with that question, how many of you are there to do this work? Are you alone?

Mr. Robson: In my region, I am alone, yes.

Senator Moncion: How many patients are there? What's the potential?

membres de mon équipe. Parfois, lorsque le système de santé publique prend une décision bizarre, ils ne savent pas si c'est parce que nous sommes anglophones ou s'il s'agit simplement d'une question de gestion.

Le président : Je vais vous demander de conclure, car vous avez dépassé votre temps de parole. Nous aurons toutefois du temps pendant la période réservée aux questions, au cours de laquelle vous pourrez donner de plus amples renseignements. Je vous laisse conclure.

M. Bissonnet : J'avais terminé. Je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé.

Le président : Merci à vous tous pour vos témoignages et pour tous les renseignements que vous nous avez fournis. Nous allons maintenant passer aux questions. J'invite mes collègues à poser des questions concises et les participants à répondre de manière concise. Nous voulons que tout le monde puisse s'exprimer.

La sénatrice Moncion : Je m'exprimerai avec concision. J'aimerais en savoir plus sur le programme de navigateur ou de guide accompagnateur pour les patients — son fonctionnement — et sur la formation en compétences culturelles.

M. Robson : Steve Guimond a parlé des personnes qui doivent se déplacer à Québec. Je travaille dans la région de la Gaspésie — je couvre toute la partie sud de la Gaspésie — et je peux accompagner les gens tout au long du processus. Il peut s'agir de prendre rendez-vous et de comprendre l'information liée au rendez-vous et le contenu des documents qu'ils reçoivent. Dans le cadre de mon travail, je me rends également dans des hôpitaux, comme l'Hôpital régional de Rimouski, et je rencontre l'équipe d'oncologie pour m'assurer que nous pouvons offrir des services en anglais. Je peux également accompagner des patients à l'hôpital. Le programme est donc ouvert à presque tout.

Bien souvent, des fournisseurs de soins de santé, comme des travailleurs sociaux des CLSC et des infirmières pivots dans les hôpitaux, communiquent avec moi. Je trouve que dans notre région, il y a en général une volonté de communiquer avec la population anglophone, mais avec la Loi 14, c'est très difficile et il devient de plus en plus compliqué même pour les professionnels de la santé de savoir ce qu'ils sont autorisés ou non à faire en anglais. Ils nous demandent souvent de l'aide.

La sénatrice Moncion : À ce propos, combien y a-t-il de personnes pour faire ce travail? Êtes-vous seul?

M. Robson : Dans ma région, je suis seul, oui.

La sénatrice Moncion : Combien y a-t-il de patients? Quel est le potentiel?

Mr. Robson: Last year, I served 60 with about 125 interventions. The year before, it was about the same.

Senator Moncion: Okay, but what is the population size?

Mr. Robson: We have about 8,000 English speakers in Gaspésie. It is about 10% of the population.

Where I serve in the southern part, we joke that the north has about one family. In the southern part of the Gaspésie, I don't remember exactly, but it is between 15% and 20%. Most of the anglophone population is from Matapédia to Gaspé.

Senator Moncion: Just so I understand, are you financed by the provincial or federal government?

Mr. Robson: I am financed by CHSSN, which finances the CISSS, and the CISSS finance us through adaptation funding.

Senator Moncion: We usually try to have one doctor for every 800 patients, and you are one for about —

Mr. Robson: I'm a patient navigator.

Senator Moncion: I understand. It is just the size of the population that you have to serve.

Mr. Robson: It is an extremely vast population, especially the anglophones. They are very spread out. It is complicated to get them to their appointments, especially when they are nervous about speaking French.

Senator Moncion: How many patient navigators exist in Quebec?

Mr. Robson: I can't answer that with certainty, so I'm not going to. I know of myself and Mr. Guimond.

Senator Moncion: Is that the five we were talking about before?

Ms. Johnson: Currently, there are two patient navigators, one in Quebec City, one in Gaspé, but then there are other variations. Santé Québec has navigation support. The Abitibi had a patient navigator in the hospital for the person staying in the hospital. The Côte-Nord in the Baie-Comeau area has a navigator in the hospital, but they are not called a navigator, they have a different name. It is developing based on the need of the community.

I see it as something that is falling through a crack, because there is not really a funding envelope that is easy to identify for something like that. The federal government often gets very

M. Robson : L'année dernière, j'en ai aidé 60 avec environ 125 interventions. L'année précédente, c'était à peu près la même chose.

La sénatrice Moncion : D'accord, mais quelle est la taille de la population?

M. Robson : Il y a environ 8 000 anglophones en Gaspésie. Ils représentent environ 10 % de la population.

Là où je travaille, dans la partie sud, nous disons à la blague que la partie nord ne compte qu'une seule famille. Dans la partie sud de la Gaspésie, je ne me souviens pas exactement, mais c'est entre 15 et 20 %. La majeure partie des anglophones se trouvent entre Matapédia et Gaspé.

La sénatrice Moncion : Pour que je comprenne bien, êtes-vous financé par le gouvernement provincial ou fédéral?

M. Robson : Je suis financé par le Réseau communautaire de santé et de services sociaux, ou RCSSS, qui finance le CISSS, et le CISSS nous finance par des fonds d'adaptation.

La sénatrice Moncion : Nous essayons habituellement d'avoir un médecin pour 800 patients, et vous êtes seul pour environ...

M. Robson : Je suis navigateur patient.

La sénatrice Moncion : Je comprends. Je pense simplement à la taille de la population que vous devez servir.

M. Robson : On parle d'une population très vaste, en particulier la population anglophone. Les gens sont très dispersés sur le territoire. Il est compliqué pour eux de se rendre à leurs rendez-vous, surtout lorsqu'ils sont nerveux à l'idée de parler français.

La sénatrice Moncion : Combien y a-t-il de navigateurs patients ou de guides accompagnateurs pour les patients au Québec?

M. Robson : Puisque je ne peux pas répondre à cette question avec certitude, je ne le ferai pas. Il y a M. Guimond et moi.

La sénatrice Moncion : S'agit-il des cinq dont nous parlions tout à l'heure?

Mme Johnson : Actuellement, il y en a deux, soit un à Québec et un à Gaspé, mais il y a d'autres modèles. Santé Québec dispose d'un soutien à l'orientation. En Abitibi, il y en avait un à l'hôpital. Sur la Côte-Nord, dans la région de Baie-Comeau, il y en a un à l'hôpital, mais la fonction porte un autre nom. Le tout se développe en fonction des besoins de la communauté.

Je considère que c'est quelque chose qui passe à travers les mailles du filet, parce qu'il n'y a pas vraiment d'enveloppe de financement facile à trouver pour quelque chose du genre. Le

nervous about service delivery, so we have to convince them that it is not a service, this is something where we're supporting people to access services. We have had discussions with Health Canada, which is our principal funder, about that. For now, we have actually had to remove the patient navigator from the Health Canada funding because they were very uncomfortable with it. I have had to get funding from the United Church of Canada Foundation, the RUISSS of Quebec City, the CISSS, and even the Secretariat for relations with English-speaking Quebecers is now contributing. These are pockets of funding that I am looking for.

I am trying desperately to have resources not just for these two navigators by 2026, but to have one in each of the territories designed to support the type of service that each region — like the Saguenay would have a different one; probably more like James than Quebec City, because in Quebec City, it is people coming to the region, not so much locals accessing services, although he does do that as well.

Senator Moncion: Thank you.

[Translation]

Senator Mégie: Thank you to the witnesses for sharing their stories with us, especially Ms. Régis, whose account was quite moving. My question is for whoever can answer it. It's a well-known fact that when someone doesn't receive health care in their language, mental health care, in particular, they are at a high risk of being misdiagnosed, which can be devastating in many ways. That is borne out in the literature as well as in everyday life, and everyone knows it's true. Are you, as a minority language organization, in contact with francophone organizations in other provinces? Do you communicate with them to talk about your challenges, actions that can be taken to improve the situation? Do you have those kinds of meetings or relationships?

Ms. Johnson: Yes, we're in regular contact with Société Santé en français. Antoine Désilets and I have good discussions about certain challenges. Sometimes we visit other regions. I was just in northern Ontario, meeting with Franco-Ontarians in Thunder Bay and Sudbury, and we talked about what they're doing to improve access to services. We have great discussions like that. Right now, I'm organizing an event for all our networks in Quebec and all the francophone networks. We're holding an event in February 2025, so, no doubt, we'll have fruitful discussions and share best practices.

Ms. Chabot: There was mention of a regional average. I know the head office is more provincial, but it does provide us with funding support. I work a lot with my partners in Saguenay. How can we refer people to the services they need?

gouvernement fédéral est souvent très nerveux au sujet de la prestation de services et nous devons donc le convaincre qu'il ne s'agit pas d'un service, mais que nous aidons des gens à accéder à des services. Nous avons eu des discussions à ce sujet avec Santé Canada, qui est notre principale source de financement. Pour l'instant, nous avons dû retirer le service de navigateur patient du financement de Santé Canada parce que cela mettait le ministère très mal à l'aise. J'ai dû obtenir des fonds auprès de la Fondation de l'Église Unie du Canada, du RUISSS de Québec et du CISSS. Même le Secrétariat aux relations avec les Québécois d'expression anglaise contribue désormais. Ce sont là les sources de financement.

J'essaie désespérément d'obtenir des ressources d'ici 2026 non seulement pour ces deux navigateurs ou guides accompagnateurs, mais aussi pour qu'il y en ait un dans chacun des territoires afin d'appuyer le type de services que chaque région... Par exemple, le Saguenay en aurait un différent, probablement plus comme M. Robson que comme M. Guimond à Québec, parce qu'à Québec, ce sont des gens de l'extérieur qui se rendent dans la région; ce ne sont pas tellement les gens du coin qui accèdent aux services, bien qu'il fait cela aussi.

La sénatrice Moncion : Merci.

[Français]

La sénatrice Mégie : Merci aux témoins de partager leur vécu avec nous, surtout le vécu très touchant de Mme Régis. Ma question s'adresse à qui peut y répondre. Il y a un fait bien connu, que ce soit dans la documentation ou dans la vie de tous les jours : quelqu'un qui ne reçoit pas des soins de santé dans sa langue, surtout en matière de santé mentale, court de grands risques de mauvais diagnostic, ce qui peut mener à bien des catastrophes. Cela, tout le monde le sait. Vous, en tant qu'organisme, avez-vous des contacts avec d'autres organismes francophones dans les autres provinces en tant que minorité linguistique? Avez-vous des contacts avec eux pour échanger sur vos défis, sur ce qu'on peut faire pour améliorer la situation? Cela vous est-il arrivé, ces rencontres ou ces liens?

Mme Johnson : Effectivement, on parle souvent avec la Société Santé en français. On a de bons échanges, Antoine Désilets et moi, sur certains défis. On fait parfois des visites dans d'autres régions. Je viens de visiter les Franco-Ontariens du Nord de l'Ontario à Thunder Bay et à Sudbury et on a eu des échanges sur les façons dont ils améliorent l'accès aux services. On a de beaux échanges comme ceux-là. Je suis aussi en train d'organiser un événement auquel participeront tous nos réseaux du Québec et tous les réseaux francophones. On va faire un échange en février 2025, et on aura sûrement de belles discussions en partageant les meilleures pratiques.

Mme Chabot : Vous parlez d'une moyenne régionale; je sais que le siège social, c'est plus provincial, mais il nous soutient en tant que bailleur de fonds. Au Saguenay, je fais beaucoup de travail avec mes partenaires. Comment peut-on aiguiller les gens

Proportionally speaking, we're the second-smallest English-speaking minority community in Quebec, so it's important for our community members to know what services are available to them.

Our organization developed a tool that we just launched in May. It lists the mental health services available in the region. I sent out a survey — and I know there are more organizations out there — but of the 12, only 3, excluding Info-Social 811 and Aire ouverte, were able to provide any service, and it was generally information and guidance. There was no therapy, counselling or front-line service available. "You have a problem? Here's the information you need." There's no actual care.

Senator Mégie: I have a third question. How could the federal government play a role in improving your situation, especially in Quebec? I'm not sure whether you've raised that with the Quebec government.

Ms. Johnson: Absolutely, community vitality is paramount, first of all. The support provided to community agencies is paramount. That is how they're able to bring the community together, convey its needs and be its voice in the region. Second, I think a great way for the federal government to help is by supporting the capacity for liaison programs, like the Patient Navigator project, where the community is at the heart of the initiative. That kind of role is important.

Ms. Chabot: In my region, I do what Mr. Robson does for my client community. People call me and say that they're afraid to go to the doctor, they're afraid to go to the emergency department or they need to see an occupational therapist, but they don't know where to go. Often, the bulk of our funding comes from the CHSSN and Health Canada. We aren't allowed to provide services. The support and guidance I provide to people who need it is on my own time.

When it comes to mental health, paying for services through private clinics isn't even an option. The Military Family Resource Centre in Bagotville received special funding for a pilot project to give military members and their families access to mental health care. As an organization, we are not allowed to use our funding to enter into an agreement with a private clinician who could support the English-speaking community and provide immediate access to care. Funding is the biggest hurdle as far as access to care goes.

Senator Mégie: May I ask a third quick question? When it comes to francophone minority communities, many of us push for the inclusion of language clauses in the federal-provincial agreements.

vers des services? Comme on est la deuxième plus petite minorité anglophone par pourcentage au Québec, c'est important que nos communautés sachent quels sont les accès.

Au sein de notre organisme, on a développé un outil qu'on vient de lancer en mai, qui détaille les services de soins de santé mentale disponibles dans la région. J'ai envoyé un sondage et je sais qu'il y a plus d'organisations qui existent, mais parmi les 12 organismes, en excluant Info-Social 811 et le service Aire ouverte, il n'y en avait que 3 qui donnaient plutôt de l'information et des conseils. Il n'y a aucun thérapeute, ni accompagnement, ni services de première ligne. Vous avez un problème? Voilà la documentation dont vous avez besoin. Il n'y a aucune intervention.

La sénatrice Mégie : J'ai une troisième question. Quel rôle le gouvernement fédéral pourrait-il jouer pour améliorer votre situation, surtout votre situation au Québec? Je ne sais pas si vous avez déjà abordé la question auprès du gouvernement du Québec.

Mme Johnson : Absolument; la vitalité de la communauté est primordiale. Le soutien que l'on donne aux organismes communautaires pour qu'ils puissent rassembler la communauté, exprimer ses besoins et représenter la communauté dans leur région est primordial. Deuxièmement, si on a la capacité de soutenir un programme comme liaison, navigateur de patients ou dans un rôle où la communauté est le principal joueur, je vois cela comme une excellente possibilité pour ce qui est du soutien du gouvernement fédéral.

Mme Chabot : Dans ma région, je fais le travail de M. Robson pour ma clientèle, qui m'appelle et qui dit : « J'ai peur d'appeler le médecin, j'ai peur d'aller à l'urgence, j'ai besoin d'aller voir l'ergothérapeute, mais je ne sais pas où aller. » La plus grande partie de notre financement vient souvent du CHSSN, puis de Santé Canada; on n'a pas le droit de donner les services. Je me sers de mon temps personnel pour accompagner les gens qui en ont besoin.

En parlant de santé mentale, on ne peut même pas payer des cliniques privées. Par exemple, le CRFM de Bagotville a eu un financement spécial pour créer un projet pilote afin que les militaires et leurs familles aient accès à des services de soins en santé mentale. Je n'ai pas le droit, en tant qu'organisme, avec le financement que j'ai, d'avoir une entente avec un clinicien privé pour assurer un accès immédiat à des personnes qui peuvent soutenir la communauté anglophone. Le financement est le plus grand enjeu sur le plan de l'accès aux soins.

La sénatrice Mégie : Puis-je poser une troisième question courte? Pour les communautés francophones en milieu minoritaire, plusieurs d'entre nous insistent pour qu'il y ait des clauses linguistiques dans les rapports entre les provinces et le fédéral.

On your end, in terms of the English-speaking community in Quebec, do you think including language clauses in federal-provincial funding agreements would help?

Ms. Johnson: I just want to be sure I'm clear on what you're asking. Are you talking about federal funding and funding in the provinces?

Senator Mégie: Yes. The idea is to ensure that a certain share is allocated to the English-speaking community for specified services.

Ms. Johnson: I'm not sure. I don't think I understood your question.

The Chair: Senator, if I may.

The senator is talking about bilateral agreements, the federal health transfers to the provinces. She's talking about the requirements for the delivery of services to the minority English-speaking community in Quebec. She's asking you whether you think it would be beneficial to include language clauses in the health transfer agreements, so that Quebec would be obligated to provide those services.

Ms. Johnson: Yes, absolutely. An obligation would be a good idea to ensure that the money the federal government transfers makes it to the English-speaking community.

I think the funding for health care is a lot lower than it is for education. Negotiations to obtain more funding are under way, so if that happens, yes, absolutely, there should be guidelines around how the funding is allocated in the province.

I have some personal concerns, as well. Right now, a lot of the money goes to the communities, not to the provinces. If the money were redirected to the provinces instead of the community sector, what you described is exactly what would happen. In other words, how could we be certain that the money was going to the English-speaking community? There needs to be a framework for how that money is used.

Mr. Bissonnet: I think what's important is for funding to be transferred to the provinces. Oftentimes, a lot of the funding has to cover administration costs in public institutions before it comes back to the community institutions. There are some important parameters. Historically, Quebec doesn't appreciate federal interference in areas under provincial jurisdiction, as we know. That means it isn't quite that easy, even if funding were transferred to the region.

At the same time, we need to work on ensuring that professionals are able to provide their expertise in English. Most of the groups here this evening have access to Health Canada funding through McGill University, under the Dialogue McGill initiative, which provides professionals with English training so

Pour vous, du côté anglophone au Québec, lorsque l'on conclut un accord financier fédéral-provincial, pensez-vous que les clauses linguistiques seraient bénéfiques pour la communauté anglophone du Québec?

Mme Johnson : Juste pour préciser votre question, vous parlez des fonds fédéraux et des fonds dans les provinces?

La sénatrice Mégie : Oui; on insiste pour qu'une portion particulière soit attribuée à la communauté anglophone pour des services déterminés.

Mme Johnson : Je ne suis pas sûre; je pense que je n'ai pas bien compris la question.

Le président : Si je peux me permettre, madame la sénatrice.

On parle des ententes bilatérales, des transferts en santé que le gouvernement verse aux provinces. Elle vous demande si, à votre avis — on parle des exigences en matière de livraison de services pour les communautés anglophones en milieu minoritaire au Québec —, il serait intéressant d'intégrer les clauses linguistiques dans les ententes de transfert de fonds, pour que le Québec ait des obligations de livrer le service?

Mme Johnson : Oui, absolument; il faudrait prévoir une obligation pour que l'argent qui est transféré se rende à la communauté d'expression anglaise.

Je crois que les budgets sont beaucoup moins importants en santé qu'en éducation. Il y a des négociations pour en obtenir plus, et si c'est le cas, absolument, il faudra un encadrement pour savoir comment l'argent entre dans la province.

J'ai aussi des craintes personnelles. Actuellement, beaucoup d'argent va vers les communautés, et pas vers les provinces. Si on dirige l'argent vers la province au lieu du secteur communautaire, il arrivera exactement ce dont vous parlez : comment pourrions-nous être certains que l'argent bénéficie à la communauté d'expression anglaise? Il faut donc créer un encadrement pour cet argent.

M. Bissonnet : Je crois que ce qui est important, c'est qu'il y ait un transfert vers les provinces. Souvent, il y a beaucoup d'argent qui sert à payer des frais administratifs dans les institutions publiques avant de retourner vers les institutions communautaires. Je crois qu'il y a des paramètres importants. Historiquement, on sait que le Québec n'aime pas l'ingérence dans les décisions liées aux compétences provinciales. Donc, ce n'est pas si simple à faire, même s'il y a des montants qui seraient transférés vers la région.

En même temps, il est important de travailler pour que les professionnels puissent livrer leur expertise en anglais. La plupart des groupes qui sont ici ce soir ont accès à un fonds avec Santé Canada et l'Université McGill qui s'appelle Dialogue McGill, où l'on peut offrir des cours d'anglais aux

they are better equipped to provide health and social services in English.

However, access to the training is limited when it comes to community groups. They have their own expertise in mental health, rehabilitation, peer-to-peer support and food banks, so they, too, would appreciate being able to take advantage of that training to better serve the English-speaking community. The interest is definitely there, but we're limited in our ability to deliver training to the community, as well as professionals in the health and social services sector and community sector. At the same time, if more people were empowered to better communicate in English, the idea that regions also have the ability to support, assist and welcome English-speaking communities would be more evident and more sustainable. That's something to consider.

[English]

Senator Poirier: Thank you all for being here and for your testimony. I really appreciate it.

We have heard a lot about the issues and challenges during this study on accessing health care services in a minority language, whether it be a francophone or an anglophone, in Quebec. However, we have not heard a lot about good experiences or best practices out there. I want to thank you because you have shared some tonight, Mr. Robson, with the patient navigator; and Mr. Guimond and Ms. Kippen, with the programs that you have in place — all of you. Those are good practices that are important and it is equally important that the federal government understands and recommends them.

Since we are on a good path, with good practices. If there are any witnesses who can come up with any other good practices that you have seen in Quebec that could be beneficial for any other communities in a minority situation across the country, whether it be francophone or anglophone, and could be heard by the federal government, that could help.

I open it up to anybody. Mr. Robson, you had your hand up immediately. Maybe we can start with you.

Mr. Robson: I wanted to add on to what Hugo said. He mentioned the McGill dialogue. As I mentioned, I work closely with the Rimouski Regional Hospital in the oncology department. More often than not, the hardest part for our anglophone population is getting through the establishment because the administrative staff and the welcoming staff are less likely to be bilingual. More often than not, doctors are less likely to be bilingual. Nurses are better, but getting through the hospital is very rough.

professionnels de la santé et des services sociaux pour les rendre plus habilités à offrir des services en anglais.

Par contre, cela restreint l'accès à ces cours aux groupes communautaires, qui ont aussi leur propre expertise en santé mentale, en réadaptation, en accompagnement des pairs et dans les banques alimentaires. Les groupes voudraient avoir accès à des cours pour être mieux en mesure de servir la communauté anglophone, donc ce n'est pas un manque d'intérêt. Par contre, on demeure restreint dans notre capacité d'offrir la formation à la communauté et aux professionnels de la santé et des services sociaux et du secteur communautaire. En même temps, si on aide plus de gens à mieux communiquer en anglais, ce serait peut-être plus simple et plus pérenne de penser que les régions sont aussi capables de soutenir, d'accompagner et d'accueillir les communautés d'expression anglaise dans leur région. Ce sont des aspects à explorer.

[Traduction]

La sénatrice Poirier : Je vous remercie tous de votre présence et de vos témoignages, vraiment.

Au cours de l'étude, on nous a beaucoup parlé des problèmes et des défis liés à l'accès aux services de santé dans une langue minoritaire, que ce soit pour un francophone ou pour un anglophone, au Québec. Cependant, il n'a pas été beaucoup question d'expériences positives et de pratiques exemplaires. Je tiens à vous remercier parce que vous en avez mentionné quelques-unes ce soir, M. Robson, concernant le navigateur patient, et M. Guimond et Mme Kippen, concernant les programmes qui existent — chacun d'entre vous. Ces bonnes pratiques sont importantes et il est tout aussi important que le gouvernement fédéral les comprenne et les recommande.

Puisque nous sommes sur une bonne voie, avec de bonnes pratiques, si des témoins peuvent proposer d'autres bonnes pratiques qu'ils ont vues au Québec et qui pourraient être utiles à d'autres communautés en situation minoritaire au pays, qu'elles soient francophones ou anglophones, et que le gouvernement fédéral devrait connaître, cela pourrait aider.

J'invite tout le monde à intervenir. M. Robson, vous avez levé la main immédiatement. Vous pouvez peut-être commencer.

M. Robson : Je voulais ajouter quelque chose à ce qu'a dit M. Bissonnet. Il a parlé de Dialogue McGill. Comme je l'ai mentionné, je travaille en étroite collaboration avec l'Hôpital régional de Rimouski dans le département de radio-oncologie. La plupart du temps, le plus difficile pour les membres de notre population anglophone est de faire leur chemin dans l'établissement parce qu'il est peu probable que le personnel administratif et le personnel d'accueil soient bilingues. Le plus souvent, les médecins ne sont pas bilingues. C'est mieux du côté des infirmières, mais il est très difficile de s'y retrouver à l'hôpital.

We have talked about that and they started implementing that in the hospital. Every time that I've gone in, I have noticed that a new secretary there will say, "I will speak English to you." They are always so proud. One of the guys at the front spoke English to me last time and he was so proud. Pushing that McGill dialogue and initiating things like that really help if we can find the right people and get the right people to follow through.

Senator Poirier: Is there anyone else with good practices to share?

Ms. Chabot: One of the biggest successes that we've had in our region in the last few years as an organization is the partnership work that we've done with our community partners.

We are a small organization. I am executive director and I have three staff, two of whom are community coordinators, and we service the entire 02 region. A lot of our work is done in conjunction with our partners. The biggest stumbling block I often encounter with them is francization.

I have to explain that.

[Translation]

Of course, people come to Saguenay because they want to learn French and integrate into the community.

[English]

But they have to get comfortable first. That is really important. I often make reference to the CHSSN community mobilization model that they developed as a way to work with my community partners to say, "Listen, you guys are anxious about speaking English; my folks are anxious about speaking French. How can we bridge that gap and help each other understand that Quebecers don't hate English-speakers?" That's generally the consensus but I find that it's not true most of the time. We are just afraid to share. Being able to break those barriers by working together as community organizations and community partners is absolutely the key to being successful.

My region is a great example of that. We've managed to get three English story times in our local library run by Ville de Saguenay. It is frequented by both English and French children. We have an English story time and a bilingual story time. We have our Maison des familles de Chicoutimi, which runs a parenting program that is bilingual and is hosted at our Maison des familles. We are bringing people to these community organizations to take advantage of local services. The partnership work bringing these two communities together is the biggest element that needs to be looked at.

Nous en avons discuté et ils ont commencé à mettre cela en place à l'hôpital. Chaque fois que j'y suis allé, j'ai remarqué qu'une nouvelle personne au secrétariat disait « je vais vous parler en anglais ». Ces personnes sont toujours très fières. La dernière fois, l'un des employés de l'accueil m'a parlé en anglais et il en était tellement fier. Appuyer Dialogue McGill et lancer des initiatives de ce genre est vraiment utile si nous trouvons les bonnes personnes et si les bonnes personnes y donnent suite.

La sénatrice Poirier : Y a-t-il quelqu'un d'autre qui a de bonnes pratiques à faire connaître?

Mme Chabot : L'une des plus grandes réussites que nous avons connues au sein de notre organisme dans notre région ces dernières années est le travail que nous avons accompli avec nos partenaires communautaires.

Nous formons une petite organisation. Je suis directrice générale et j'ai trois employés, dont deux sont des coordonnateurs communautaires, et nous desservons l'ensemble de la région 02. Une grande partie de notre travail se fait en collaboration avec nos partenaires. Le principal obstacle que je rencontre souvent avec eux a à voir avec la francisation.

Je dois expliquer ce que je veux dire.

[Français]

Bien sûr, il y a des gens qui viennent au Saguenay pour apprendre le français et pour s'intégrer.

[Traduction]

Cependant, il faut d'abord qu'ils se sentent à l'aise. C'est très important. Je mentionne souvent le modèle de mobilisation communautaire du RCSSS lorsque je parle à mes partenaires communautaires. Je leur dis : « Écoutez, vous êtes anxieux à l'idée de parler anglais et les gens que j'aide sont anxieux à l'idée de parler français. Comment pouvons-nous remédier à la situation et nous aider mutuellement à comprendre que les Québécois ne détestent pas les anglophones? » C'est en général ce que l'on pense, mais je constate que ce n'est pas vrai la plupart du temps. Nous avons simplement peur de communiquer. La clé du succès réside dans la capacité à faire tomber ces barrières en travaillant ensemble en tant qu'organismes et partenaires communautaires.

Ma région en est un excellent exemple. Nous avons réussi à obtenir trois heures du conte en anglais dans notre bibliothèque locale. C'est géré par la Ville de Saguenay. Des enfants anglophones et francophones y viennent. Nous avons une heure du conte en anglais et une heure de conte bilingue. Il y a la Maison des familles de Chicoutimi, qui offre un programme bilingue sur le rôle parental. Nous amenons les gens à ces organisations communautaires pour qu'ils profitent des services locaux. Le travail de partenariat qui rapproche les deux communautés est l'élément le plus important à examiner.

The Chair: I think you asked a question that a lot of people want to answer.

Ms. Kippen: Thank you so much. I'm actually glad that you raised some positives because it's important to highlight the successes that we have had. One success I want to highlight is one that we had in working with the regional access committee. That is, the regional access plans that Jennifer mentioned earlier.

In our CISSS de la Côte-Nord, we implemented a program called the ALLO program, an assistance linguistic liaison officer program. The health professionals in the institutions, in the CISSS de la Côte-Nord, who are English and can speak in English wear yellow badges. They have yellow name tags so the user can better identify that the individual is able to speak with them in English.

The program was launched within the last few years so we are still working through publicity, but there has been really great reception from it. Recently today, we met as a committee. Two other regions in Quebec have adopted this program. They've identified yellow as the colour to identify English speakers. One institution has a sunflower and the other region hasn't necessarily identified but they are using the colour yellow.

I think that's a unique example of a best practice. That's something that could be implemented throughout the province. And hats off because we were able to come together as a committee because of my position and were able to really put together this project, which has been a great benefit to the English population. So that's a great success, I would say.

Mr. Guimond: I would like to highlight a few good practices that are easily attainable but that we don't see currently here in Quebec City's health system. One of them is something that was mentioned on the first panel at five o'clock in terms of getting ready for English speakers arriving here in Quebec City; it is flagging them in their dossier, an English speaker is arriving. Therefore, it warns the system we need to think about how we are going to approach this particular patient.

Linked to that as well — also a problem within the system — is the issue of translation of documentation that I brought up during my presentation. Here the city is basically separated into five hospitals that fall under the CIUSSS network and you have the Heart and Lung Institute. I've been sitting on the committee for CIUSSS since 2019. This was supposed to ease access for English speakers into the health system here. Sadly, five years later almost nothing has been accomplished. The first goal was to translate certain important documents, but five years later they have not been able to decide how to proceed with the translation and at the same time, it has not been able to decide what documents to translate.

Le président : Je pense que vous avez posé une question à laquelle beaucoup de gens veulent répondre.

Mme Kippen : Merci beaucoup. Je suis ravie que vous ayez soulevé des points positifs, car il est important de souligner nos réussites. L'un des exemples que je tiens à souligner est lié à notre collaboration avec le comité d'accès régional. Il s'agit des plans d'accès régionaux dont Mme Johnson a parlé plus tôt.

Au CISSS de la Côte-Nord, nous avons mis en place le programme ALLO, un programme d'agent de liaison linguistique. Les professionnels de la santé des établissements, du CISSS de la Côte-Nord, qui sont anglophones et qui peuvent s'exprimer en anglais portent un badge jaune. Ils ont un porte-nom jaune pour que l'utilisateur puisse mieux déterminer si une personne est capable de parler en anglais avec elle.

Puisque le programme a été lancé il y a quelques années, nous en faisons toujours la publicité, mais il a été très bien accueilli. Récemment, nous nous sommes réunis en comité. Deux autres régions du Québec ont adopté ce programme. Elles ont choisi le jaune comme couleur pour désigner les personnes qui parlent anglais. Un établissement a choisi un tournesol et l'autre région n'a pas nécessairement choisi un symbole, mais elle utilise la couleur jaune.

Je pense qu'il s'agit là d'un exemple unique de pratique exemplaire. C'est quelque chose qui pourrait être mis en œuvre partout dans la province. Et je lève mon chapeau parce que notre comité a été en mesure de se réunir grâce à ma position et de mettre sur pied ce projet, qui aide grandement la population anglophone. Je dirais donc que c'est une grande réussite.

M. Guimond : J'aimerais souligner quelques bonnes pratiques qui sont facilement réalisables, mais qui n'existent pas actuellement dans le système de santé à Québec. L'une d'entre elles a été mentionnée au cours de la première partie de la réunion, celle qui a débuté à 17 heures, et consiste à se préparer à l'arrivée d'anglophones à Québec. Il s'agit de signaler leur arrivée dans le dossier. Ainsi, le système est prévenu que l'on doit réfléchir à la manière dont on va aborder le patient.

Dans le même ordre d'idées — et c'est également un problème au sein du système —, il y a la question de la traduction des documents, que j'ai soulevée pendant mon exposé. Ici, la ville compte essentiellement cinq hôpitaux qui relèvent du réseau des CIUSSS, puis il y a l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie. Je siège au comité pour le CIUSSS depuis 2019. C'était censé faciliter l'accès des anglophones au système de santé de la ville. Malheureusement, cinq ans plus tard, presque rien n'a été accompli. Le premier objectif était de traduire certains documents importants, mais cinq ans plus tard, on n'a pas été en mesure de décider comment procéder pour la traduction et, parallèlement, on n'a pas été en mesure de décider quels documents devaient être traduits.

Five years ago, I raised the point that English institutions exist in Montreal where you have the English and French systems. The documents are there. The response I got was, “Well, it is institution-specific here in Quebec City.” Five years later, almost nothing has been translated despite these documents existing here in the province.

Mr. Bissonnet: To follow up on Kayla, the Laurentian is also going forward with the yellow badges so it is easier for English speakers to try to identify staff who are comfortable speaking English. That’s a thing.

Translation is an issue. I also chair, for the Laurentian, the Access Committee for CISSS, so sometimes we have some sort of negotiating level to see what we should prioritize in terms of translation. Of course, funding is an issue because there are so many tools and things that need to be translated. But I agree with Steve; we should be able to pool some resources together because it is the same assessment form. So we should be able to try to find ways to work better with what exists before we reinvent the wheel. We do a lot of funding and we have to be creative.

Also, there is an initiative that some systems have access to a specialized translator, not just in English but in other languages. Organizations like CISSS and CIUSSS can call a bank and get a translator. It is not widely known by professionals and it is also always the department that pays per translation as well. So they are not super keen to say, Hey, go ahead, we have access to a translator, but it is part of the solution — at least part time — while we find a better, stronger solution to be more bilingual or support people from other languages who need dire services and care.

That’s also something we can maybe try to explore to see if we can expand that, bank a translator for a community-based organization that works in health and social services and maybe make it more robust in terms of access. So we can also tell the community members, “You have the right to ask for services or a translator,” and that will be also helpful to empower the community in giving them their rights so they can ask to be served in their official language, in English. That might also be part of the solution.

Senator Poirier: Thank you very much for all those good answers. I appreciate it.

Have any of you ever used the interpretation services? If yes, what was your experience like? Was it good? Was it bad? How did it go? If it didn’t go good, why? Can anybody share?

Il y a cinq ans, j’ai fait remarquer qu’il existait des organismes anglophones à Montréal, où l’on trouve les systèmes anglais et français. Les documents sont là. On m’a répondu : « Eh bien, ici, à Québec, c’est propre à chaque établissement ». Cinq ans plus tard, presque rien n’a été traduit malgré l’existence de ces documents dans la province.

M. Bissonnet : Pour revenir sur ce qu’a dit Mme Kippen, dans les Laurentides, on va aussi de l’avant avec le système des badges jaunes pour que les anglophones puissent repérer plus facilement les membres du personnel qui sont à l’aise de parler l’anglais. Voilà une chose.

La traduction est un problème. Je préside également, pour la région des Laurentides, le comité d’accès pour le CISSS, et nous négocions parfois en quelque sorte pour savoir quelles sont les priorités quant à la traduction. Bien sûr, le financement est un problème parce qu’il y a tellement d’outils et de choses à traduire. Or, je suis d’accord avec M. Guimond. Nous devrions pouvoir mettre en commun certaines ressources, car on a le même formulaire d’évaluation. Nous devrions donc pouvoir essayer de trouver des moyens de mieux travailler avec ce qui existe avant de réinventer la roue. Nous comptons beaucoup sur le financement et nous devons être créatifs.

Il existe également une initiative qui permet à certains systèmes d’avoir accès à un traducteur spécialisé, non seulement en anglais, mais aussi dans d’autres langues. Des organisations comme le CISSS et le CIUSSS peuvent obtenir les services de traducteurs; il existe des banques de traducteurs. Cette initiative n’est pas très connue des professionnels et c’est toujours le ministère qui paie pour la traduction. Ils ne sont donc pas très enthousiastes à l’idée de dire « allez-y, nous avons accès à un traducteur », mais c’est une partie de la solution — au moins à temps partiel — pendant que nous en cherchons une meilleure pour accroître le bilinguisme ou pour aider les personnes qui parlent d’autres langues et qui ont besoin de services et de soins urgents.

C’est aussi quelque chose que nous pourrions explorer pour voir si nous pouvons aller plus loin, en mettant un traducteur à la disposition d’un organisme communautaire qui travaille dans le domaine de la santé et des services sociaux, et peut-être renforcer l’accès. Nous pouvons également dire aux membres de la communauté « vous avez le droit de demander des services ou l’accès à un traducteur », ce qui contribuera à leur donner les moyens de faire valoir leurs droits et de demander à être servis dans leur langue officielle, l’anglais. Cela pourrait aussi faire partie de la solution.

La sénatrice Poirier : Merci beaucoup pour toutes ces bonnes réponses. Je vous en suis reconnaissante.

Est-ce que l’un ou l’une d’entre vous a déjà eu recours aux services d’interprétation? Si oui, quelle a été votre expérience? A-t-elle été bonne? Mauvaise? Comment les choses se sont-elles

Ms. Régis: Well, I mean, I would get denied using them, so we don't get to use them.

Ms. Chabot: We can't or it's for appointments or it doesn't exist or they don't know. What I've actually done in the Saguenay is that I've spoken to get the policy number for this particular policy. I carry it in my wallet so that when I meet with partners who work in public health at the public health institutes or the CLSCs or community partners that work in the hospitals, I can say, "This is the policy number on your internet you have access to." It is a 14-page document, but it outlines exactly how to access this resource for individuals. But I am one person, versus an institution that has not figured out how to get it from the top to the front-line workers.

Senator Poirier: Are there any other experiences from anybody else?

Mr. Bissonnet: It is by the head of the departments of the CLSCs to decide whether or not they allow their staff to call for translation. It is difficult to say if it is good or bad because we don't have access to it, but [Technical difficulties] created a health passport, which is a bilingual tool in both languages with key terms, that we distribute to health care professionals and also community members, which at least can pinpoint key words in terms of physical illness, follow-up, training. So it might be something also that we share collectively with the network of community-based organizations. We do share resources.

It might be something to explore — bona fide — to at least give some more access. In the Laurentians, we are adding all sort of electronic devices and software that are free to support translation for patients that would be able to have a phone and have access to an app to have a decent translation.

Ms. Kippen: There is actually an interpreter service in my region at one of the main health centres in Sept-Îles. It started as pilot project and has proven to have a lot of success. The interpreter speaks five languages and does support the Indigenous communities that come from the North as well.

It is a great success and the program has proven to be beneficial for the population. It is just the fact that there are not enough hours in the day for the interpreter. It is not enough staffing. One interpreter for the entire population is just not enough.

passées? Si elles ne se sont pas bien passées, pourquoi? Quelqu'un peut-il nous en parler?

Mme Régis : Eh bien, comme on me refusait l'accès à ces services, nous ne pouvons pas y recourir.

Mme Chabot : Nous ne pouvons pas ou c'est pour les rendez-vous ou les services n'existent pas ou ils ne le savent pas. Au Saguenay, j'ai demandé à obtenir le numéro de la politique. Je l'ai dans mon portefeuille de sorte que lorsque je rencontre des partenaires qui travaillent en santé publique dans les établissements de santé publique ou les CLSC ou des partenaires communautaires qui travaillent dans les hôpitaux, je peux leur dire : « voici le numéro de la politique à laquelle vous avez accès sur Internet ». C'est un document de 14 pages, mais on y explique exactement comment accéder à cette ressource pour les gens. Je ne suis qu'une seule personne par rapport à une institution qui n'a pas trouvé le moyen de faire passer l'information du haut de la hiérarchie aux travailleurs de première ligne.

La sénatrice Poirier : Quelqu'un d'autre veut parler de son expérience?

M. Bissonnet : Il appartient aux chefs des services des CLSC de décider s'ils autorisent ou non leur personnel à faire appel à des services d'interprétation. Il est difficile de dire si c'est bon ou mauvais parce que nous n'y avons pas accès, mais [difficultés techniques] a créé un passeport santé, un outil bilingue contenant des termes clés, que nous distribuons aux professionnels de la santé ainsi qu'aux membres de la communauté, ce qui leur permet au moins de repérer des mots clés relatifs aux maladies physiques, au suivi ou à la formation. Il s'agit donc d'un outil auquel pourrait accéder l'ensemble du réseau d'organismes communautaires. Nous mettons nos ressources en commun.

Ce pourrait être une possibilité à explorer — de bonne foi — pour au moins améliorer l'accès. Dans les Laurentides, nous ajoutons toutes sortes d'appareils électroniques et de logiciels gratuits qui aident à la traduction pour les patients qui ont un téléphone et qui ont accès à une application leur permettant d'obtenir une traduction correcte.

Mme Kippen : Il existe en fait un service d'interprétation dans ma région, dans l'un des principaux centres de santé de Sept-Îles. Il s'agissait d'un projet pilote au départ et il a très bien fonctionné. L'interprète parle cinq langues et aide également les communautés autochtones qui viennent du Nord.

C'est un grand succès et le programme s'est avéré utile pour la population. Le problème, c'est que l'interprète ne dispose pas d'assez d'heures dans une journée. Il n'y a pas assez de personnel. Un seul interprète pour l'ensemble de la population ne suffit tout simplement pas.

Ultimately, that individual is able to service the population and many people, but there are still many people who are not able to receive the interpreter's services when they do go. So it is a great program and when people access it, they are very appreciative of it, but it's a human resource shortage.

Mr. Guimond: The big issue I see here in the Quebec City is the fact that many employees within the health system don't even know about the wonderful interpreter bank we have here. It is symptomatic of the top-heavy bureaucratic issues we see in the system here about transmitting information from the top down to the employees.

Senator Clement: Thank you to all of you for your testimony. It is good to see you again, Ms. Johnson. I'm glad to hear that you went to northern Ontario to collaborate with the folks in Sudbury. I think the key is to collaborate.

I want to focus my attention on the three people who shared personal experiences. This is a very hard thing to do in any setting but in this setting as well. You know, Mr. Robson and Ms. Chabot, you also work in the field, but you came to read your own personal experience into the record and I appreciate that.

I want to ask the question to Ms. Régis. This country — the provinces and the cities — doesn't want people to leave. That's the whole point of this country. We really don't want people to leave. We want people to come and stay and flourish, right? So it was hard to hear you say that you had to leave. We have language battles. We battle in schools. We have all kinds of issues in retail, just even getting stuff done in our daily lives. Why is it that in health, the language issue is more important than all of those other things?

Ms. Régis: Because I can get by in those other situations. Dealing with the pharmacy or my son's school or his speech programs, I can navigate those fine. It's not the best, but it's still there. When I go to the hospital and there is no one who can help me and there is no one to bridge the gap, I can't do anything. Even if I was perfectly bilingual, I will never be able to say in French the things I need to say if I am in pain, or if I am distressed over my child or anything else where I can't just pass by.

Senator Clement: Beautifully said. Thank you. Ms. Chabot, you said it as well and you showed us your fluency in French, but when you are sick, it is your mother tongue you go to.

Au bout du compte, cette personne est en mesure de servir la population et de nombreuses personnes, mais il y a encore beaucoup de gens qui ne peuvent pas bénéficier des services de l'interprète. C'est donc un excellent programme et les personnes qui y ont accès en sont très reconnaissantes, mais il y a un manque de ressources humaines.

M. Guimond : Le grand problème que je constate ici, à Québec, c'est que de nombreux employés du système de santé ne savent même pas que nous disposons d'une merveilleuse banque d'interprètes. C'est un symptôme des problèmes de lourdeur bureaucratique qui existent dans le système et qui font en sorte que l'information n'est pas transmise aux employés.

La sénatrice Clement : Je vous remercie tous de vos témoignages. Je suis heureuse de vous revoir, madame Johnson. Je suis ravie d'apprendre que vous êtes allée dans le Nord de l'Ontario pour collaborer avec les gens de Sudbury. Je pense que la clé réside dans la collaboration.

Je voudrais me concentrer sur les trois personnes qui ont raconté leur expérience personnelle. C'est une chose très difficile à faire dans n'importe quel contexte, mais aussi dans celui-ci. Monsieur Robson, madame Chabot, vous travaillez sur le terrain, mais vous êtes venus raconter votre expérience personnelle et je vous en remercie.

Ma question s'adresse à Mme Régis. Ce pays — les provinces et les villes — ne veut pas que les gens partent. C'est la raison d'être de notre pays. Nous ne voulons vraiment pas que les gens partent. Nous voulons qu'ils viennent au pays, qu'ils y restent et qu'ils s'y épanouissent, n'est-ce pas? Il était donc difficile de vous entendre dire que vous deviez partir. Nous menons des batailles linguistiques. Nous nous battons dans les écoles. Nous avons toutes sortes de problèmes dans le commerce de détail ou nous nous efforçons tout simplement de faire avancer les choses dans notre vie quotidienne. Comment se fait-il que dans le domaine de la santé, la question linguistique soit plus importante que partout ailleurs?

Mme Régis : Parce que je peux me débrouiller dans ces autres situations. Que ce soit pour la pharmacie, l'école de mon fils ou les programmes d'orthophonie, je peux m'en sortir. Ce n'est pas ce qu'il y a de mieux, mais c'est quand même possible. Lorsque je vais à l'hôpital et qu'il n'y a personne pour m'aider, personne pour faire le lien, je ne peux rien faire. Même si j'étais parfaitement bilingue, je ne pourrais jamais dire en français les choses que j'ai besoin de dire quand je souffre, quand je suis bouleversée en raison de la situation de mon enfant, ou dans toute autre situation pour laquelle je ne peux pas surmonter cette difficulté.

La sénatrice Clement : C'est très bien dit. Je vous remercie. Madame Chabot, vous l'avez dit aussi et vous nous avez montré que vous maîtrisiez le français. Or, quand on est malade, c'est vers sa langue maternelle qu'on se tourne.

Ms. Chabot: A lot of times when we are talking about pain or injury when it comes to physical health, sometimes you do not have a word for it. Oftentimes, it is like, how do I describe this strange feeling? When I ruptured my Achilles tendon, I didn't feel anything but a vibration and a weird, odd feeling, but everyone in the room heard a snap except for myself. I didn't know what had happened to me. One minute I was standing up. The next minute I am on the ground.

How do I describe to the triage nurse what was happening in the moment and how did my body react and feel? It becomes a game of playing, well, I know this word. And what's the closest word to that? I know this phrase, but it is not that, but it is like that, so you end up with this game of Whack-a-Mole trying to find the right words. Even if you are almost perfectly bilingual there are nuances to medical vocabulary that health care providers know that civilians don't. To describe how your body feels when maybe there is no word in English to describe it, how do you navigate that?

Senator Clement: Mr. Robson, paramedics are very important. Thank you for your service there. PTSD is a big issue for paramedics. I know that from my time in Cornwall as well. Thank you for your work in continuing to work as a patient navigator. Thank you to you all.

Senator Moncion: Ms. Régis, how are you and how are your children? Are they healthy and good? How are you?

Ms. Régis: They are healthy and great. I just have a lot of anxiety about everything.

Senator Moncion: I can understand. I will tell you a story later.

The Chair: Thanks to all of you for your participation and for the very important human information that you gave us.

We hear about data. We hear about technology. We hear about all kinds of things, but I think it is so important to hear people telling their stories. This will, of course, be part of our report, and it will help us to better understand the issues and how to bridge the gap. That's important. We will keep that in mind also. Thank you to all of you.

(The committee continued in camera.)

Mme Chabot : Souvent, quand on parle de douleur ou de blessure, quand il s'agit de la santé physique, on n'a pas de mot pour dire les choses. Souvent, on se demande comment décrire telle sensation étrange. Lorsque je me suis rompu le tendon d'Achille, je n'ai rien senti d'autre qu'une vibration et une sensation bizarre, mais tout le monde dans la pièce a entendu un claquement, sauf moi. Je ne savais pas ce qui m'était arrivé. Un instant, j'étais debout. L'instant d'après, je me trouvais par terre.

Comment décrire à l'infirmière de triage ce qui s'est passé à ce moment-là et comment mon corps a réagi et s'est senti? Je me dis alors que je connais tel mot. Quel est le mot qui s'en rapproche le plus? Je connais telle phrase, ce n'est pas cela, mais c'est semblable, et on y va à coup d'essais et d'erreurs en essayant de trouver les bons mots. Même si l'on est presque parfaitement bilingue, il existe des nuances dans le vocabulaire médical que les professionnels de la santé connaissent et que le reste de la population ignore. Comment faire pour décrire ce que l'on ressent dans son corps alors qu'il n'y a peut-être pas de mot en anglais pour le décrire? Comment s'y prendre?

La sénatrice Clement : Monsieur Robson, les ambulanciers paramédicaux jouent un rôle très important. Je vous remercie de votre service. Le trouble de stress post-traumatique est un problème important pour les ambulanciers. Je l'ai constaté à l'époque où je travaillais à Cornwall également. Je vous remercie de continuer à travailler en tant que navigateur patient. Je vous remercie tous.

La sénatrice Moncion : Madame Régis, comment allez-vous et comment vont vos enfants? Sont-ils en bonne santé? Comment allez-vous?

Mme Régis : Ils sont en bonne santé et en pleine forme. C'est juste que je ressens beaucoup d'anxiété à propos de tout.

La sénatrice Moncion : Je peux comprendre. Je vous raconterai une anecdote plus tard.

Le président : Merci à vous tous pour votre participation et pour l'information humaine très importante que vous nous avez fournie.

On nous informe des données. Nous entendons parler de technologie et de toutes sortes de choses, mais je pense qu'il est très important que des gens nous racontent ce qu'ils vivent. Il en sera bien sûr question dans notre rapport, et vos témoignages nous aideront à mieux comprendre les problèmes et à déterminer comment combler les besoins. C'est important. Nous ne l'oublierons pas. Je vous remercie tous.

(La séance se poursuit à huis clos.)