

EVIDENCE

OTTAWA, Monday, October 7, 2024

The Standing Senate Committee on Official Languages met Trade met with videoconference this day at 5:04 p.m. [ET] to study matters relating to minority-language health services.

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

[*Translation*]

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

[*English*]

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 make sure to 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.

[*Translation*]

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

Senator Moncion: Good evening. Lucie Moncion from Ontario.

Senator Audette: [*words spoken in Innu-aimun*] Michèle Audette from Quebec.

Senator Aucoin: Réjean Aucoin from Nova Scotia.

Senator Mégie: Marie-Françoise Mégie from Quebec.

The Chair: 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 health care professionals, one of the seven themes of our study.

For our first panel, we welcome in person: Dr. Jean A. Roy, President of the Médecins francophones du Canada.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le lundi 7 octobre 2024

Le Comité sénatorial permanent des langues officielles se réunit aujourd'hui, à 17 h 4 (HE), avec vidéoconférence, pour étudier les services de santé dans la langue de la minorité.

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

[*Français*]

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

[*Traduction*]

Avant de commencer, j'aimerais demander à tous les sénateurs et aux autres participants en personne de consulter les cartes sur la table pour connaître les lignes directrices à suivre afin d'éviter les incidents liés aux retours de son. Veuillez tenir votre oreillette éloignée de tous les microphones. 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 pour votre coopération.

[*Français*]

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

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

La sénatrice Audette : [*mots prononcés en innu-aimun*] Michèle Audette, du Québec.

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

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

Le président : Je vous souhaite la bienvenue, chers collègues, ainsi qu'aux téléspectateurs et aux téléspectatrices 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 anishinabé.

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

Pour notre premier groupe de témoins, nous accueillons en présentiel le Dr Jean A. Roy, président de Médecins francophones du Canada.

Welcome to our meeting. We also welcome the witnesses joining us by video conference. From the Association of Faculties of Medicine in Canada, we welcome Danielle Barbeau Rodrigue, Chair of the Francophone Minorities Network and Director of Francophone Affairs at Northern Ontario School of Medicine University, Dr. Julien Poitras, member of the Board and Dean of the Faculty of Medicine at Université Laval, and Anne Leis, member of the Francophone Minorities Network and professor of community health and epidemiology at the University of Saskatchewan's College of Medicine.

Welcome and thank you for having accepted the committee's invitation. We are now prepared to hear your opening remarks, which will be followed by questions from senators. Dr. Roy, you have the floor.

Dr. Jean A. Roy, President, Médecins francophones du Canada: Thank you for allowing me to testify before this Senate committee. I salute the distinguished senators on this committee, in particular Dr. Marie-Françoise Mégie, whom I know well, as we are members of the same association.

I was invited as President of Médecins francophones du Canada, formerly the Association des médecins de langue française du Canada, founded in 1902. This is not a new association.

Médecins francophones du Canada offers continuing medical education and professional development to physicians and health care professionals across the country. We work to enhance the skills of health care professionals so they can provide the highest quality services to the French-speaking population across the country. This is always done with the goal of serving francophones. We also have a mandate to promote well-being, social responsibility and environmental protection.

The association also wants to foster networking — this is one of the points I'll emphasize at the end of my presentation — and encourage members of francophone communities to work together within their communities, but also in partnership with all francophones across the country and, of course, with the association's Quebec members.

I'll begin by introducing myself: I'm a family physician and associate professor of family medicine at the University of Ottawa, and I work on the Montfort Academic Family Health Team. This is the University of Ottawa's francophone family medicine training unit at Montfort. I've also been a physician at Montfort Hospital since 1988.

To give you a sense of my trajectory, I helped create the French family medicine residency program in 1992 in Ottawa. They sought us out, and that's when I unwittingly landed in medical education and teaching. Over the years, I've taken on

Bienvenue parmi nous, docteur Roy. Nous souhaitons aussi la bienvenue aux témoins qui se joignent à nous par vidéoconférence. De l'Association des facultés de médecine du Canada, nous accueillons Danielle Barbeau-Rodrigue, présidente du Réseau des minorités francophones et directrice du Bureau des affaires francophones à l'Université de l'École de médecine du Nord de l'Ontario, le Dr Julien Poitras, membre du conseil d'administration et doyen de la Faculté de médecine de l'Université Laval, et Anne Leis, membre du Réseau des minorités francophones et professeure de santé communautaire et d'épidémiologie à la Faculté de médecine de l'Université de la Saskatchewan.

Bienvenue et merci d'avoir accepté l'invitation du comité. Nous sommes prêts à entendre vos remarques préliminaires, qui seront suivies d'une période de questions des sénatrices et sénateurs. Docteur Roy, la parole est à vous.

Dr Jean A. Roy, président, Médecins francophones du Canada : Merci de m'avoir permis de témoigner devant ce comité sénatorial. Je salue les distingués sénatrices et sénateurs de ce comité, en particulier la Dre Marie-Françoise Mégie, que je connais bien, car nous sommes membres de la même association.

J'ai été invité à titre de président de Médecins francophones du Canada, autrefois l'Association des médecins de langue française du Canada, fondée en 1902. Ce n'est pas une nouvelle association.

Médecins francophones du Canada offre de la formation médicale continue et du développement professionnel aux médecins et aux professionnels de la santé à travers le pays. Nous œuvrons pour parfaire la compétence des professionnels de la santé afin qu'ils puissent offrir des services de la plus haute qualité à la population francophone partout au pays. Cela se fait toujours dans le but d'offrir des services aux francophones. Nous avons aussi le mandat de favoriser le bien-être, la responsabilité sociale et la protection de l'environnement.

L'association veut aussi favoriser le réseautage — et c'est l'un des points que je vais souligner à la fin de ma présentation — et encourager les membres des communautés francophones à travailler ensemble dans leur communauté, mais aussi en partenariat avec tous les francophones du pays et, bien sûr, avec les membres québécois de l'association.

Je me présente : je suis médecin de famille et professeur agrégé de médecine familiale à l'Université d'Ottawa et je travaille à l'Équipe de santé familiale académique Montfort. C'est l'unité de formation en médecine familiale francophone de l'Université d'Ottawa à Montfort. Je suis aussi médecin à l'Hôpital Montfort depuis 1988.

Pour vous donner une idée de l'endroit d'où je viens, j'ai participé à la création du programme de résidence en médecine familiale en français en 1992 à Ottawa. On est venu nous chercher et c'est à ce moment-là que je suis tombé sans le savoir

various responsibilities within the program. I now direct the Ethics, Humanities and Behavioural Medicine program.

I was also involved in the creation of the Office of Francophone Affairs in the Faculty of Medicine at the University of Ottawa and served as Associate Dean for over 16 years. The francophone component of the University of Ottawa's medical program was born of a recommendation made in 1995 — it's worth mentioning — as part of a project called Educating Future Physicians for Ontario (EFPO). I constantly remind the students that they are there to serve Ontario's francophones, who have requested just that — doctors and professionals who speak their language.

I've also had the good fortune of working in the field and of implementing the Consortium national de formation en santé (CNFS) plan. Every year since 2000, eight students from outside Quebec and Ontario — and some from francophone minority communities — come to Ottawa to study medicine. I should point out that we make a point of sending them back to their communities whenever possible. That works well, because most of them return to their francophone minority communities for their internships and to meet the people in the community. In that context, I've met several of the witnesses I see up on the screen.

I've learned a great deal about the needs of these communities and forged lasting bonds. During this whole period, I also worked to transform Montfort Hospital into a first-rate academic institution.

Here's the best way to describe what I've accomplished: I was there at the time, we took a French-speaking community hospital and turned it into a university centre that is gaining quite a reputation and conducting proper research. I now work mainly in clinical research development and medical education.

What I thought I'd highlight in this presentation — we'll see where that leads us — is my belief that we need to encourage all initiatives that bring francophones together and allow them to network, especially in minority communities.

From what I've often heard — and Anne Leis may reiterate the same thing — even francophones in minority communities don't necessarily know each other if there aren't many networks. That's an important first step — that these people get to know each other and work together. That could be among the roles we take on, while trying to facilitate these encounters at Médecins francophones du Canada.

dans la pédagogie médicale et dans l'enseignement. J'ai assumé diverses responsabilités au sein de ce programme au cours des années. Je dirige maintenant le programme d'éthique, d'humanités et de médecine comportementale.

J'ai aussi participé à la création du Bureau des affaires francophones de la Faculté de médecine de l'Université d'Ottawa et j'ai œuvré à titre de vice-doyen pendant plus de 16 ans. Le volet francophone du programme de médecine de l'Université d'Ottawa est né d'une recommandation faite en 1995 — c'est important de le souligner — dans le cadre d'un projet qui s'appelait Educating Future Physicians for Ontario (EFPO). Je répète constamment aux étudiants qu'ils sont là pour servir les francophones de l'Ontario, car c'est ce qu'ils ont demandé — ils veulent des médecins et des professionnels qui parlent leur langue.

J'ai aussi eu le bonheur de travailler sur le terrain et de mettre en œuvre le plan du Consortium national de formation en santé (CNFS). Chaque année à Ottawa depuis 2000, huit étudiants qui proviennent de l'extérieur du Québec et de l'Ontario — et certains de communautés francophones minoritaires — viennent étudier la médecine à Ottawa. Je précise que l'on s'empresse de les renvoyer dans leur communauté le plus souvent possible. Cela fonctionne bien, car la plupart de ces étudiants retournent dans les communautés minoritaires francophones pour faire leurs stages et rencontrer les gens de la communauté. J'ai rencontré à cet effet bon nombre de gens qui font partie du groupe de témoins que je vois à l'écran.

J'ai beaucoup appris sur les besoins de ces communautés et j'y ai tissé des liens durables. Pendant tout ce temps, j'ai aussi travaillé à transformer l'Hôpital Montfort en institution universitaire de haut calibre.

La meilleure façon de décrire ce que j'ai fait est la suivante : j'étais là à ce moment, on est parti d'un hôpital communautaire francophone et on en a fait un centre universitaire qui commence à avoir une certaine renommée et qui fait de la recherche en bonne et due forme. Je travaille maintenant surtout au développement de la recherche clinique ainsi qu'en pédagogie médicale.

Les éléments que j'ai pensé à souligner dans cette présentation — on verra ensuite où cela va nous mener —, c'est que je crois qu'il faut encourager toutes les initiatives permettant de regrouper et de réseauter les francophones, surtout dans les communautés minoritaires.

Pour l'avoir souvent entendu dire — et Anne Leis répétera peut-être la même chose —, même les francophones dans les communautés minoritaires ne se connaissent pas nécessairement toujours s'il n'y a pas beaucoup de réseaux. C'est une des premières choses qui est importante, que ces gens se connaissent et travaillent ensemble. Cela pourrait être un des rôles que nous pourrions assumer, tout en essayant de faciliter ces rencontres à Médecins francophones du Canada.

One very important thing I firmly believe — and I might not have said so in the past, because I may have been more naive back then — is that if we don't manage our own institutions, care and training, whether it's a clinic, a hospital or a university, it won't work in the long term, in my opinion.

Professionals must have the opportunity to practise their skills in French in a francophone environment to properly serve the francophone population and maintain a high level of expertise. To go a little further, if there's a French-speaking occupational therapist or physiotherapist, people need to be able to work together in French in order to create an environment. This has to be done first to get to know the medical terminology and the patient's language, which are not the same, though everything stems from that too. There are skills and a language to develop to properly care for francophone patients; if we don't do it, it's not just about translation, it's something much more profound and precious than that.

I'd also like to say — and I'm certainly venturing onto a slippery slope — that although we're happy with francophone-run institutions, and they have ensured our continued existence to some extent, I remain worried about the future. At my clinic, 60% of us were francophone at one time; it was a designated francophone clinic. We recently realized that currently, 40% of us are francophone. This is in Ottawa, an area with many francophones. We have the freedom to choose, since we practise family medicine, but we quickly become saturated. We're looking for doctors, so we're going to give preferential access to francophones; otherwise we'll become anglophones.

I've also worked at Hôpital Monfort for 36 years and the ratios are reversed. We've gone to 50% English-speaking patients. We can't turn them away when they come to emergency, but at the same time, I feel it's a long-term threat. I haven't spoken to anyone else about this; these are really my impressions and my personal concerns for the future of French and French-speaking health care professionals.

Thank you for your attention. I am pleased to answer your questions.

The Chair: Dr. Poitras and Ms. Barbeau-Rodrigue, we now turn to you. You have five minutes for your opening remarks, and then we'll open the floor to questions. The floor is yours.

Dr. Julien Poitras, Member of the Board, Association of Faculties of Medicine of Canada: Thank you, Mr. Chair.

Une chose très importante en laquelle je crois fermement — et je n'aurais peut-être pas parlé de la même façon il y a longtemps, car j'étais peut-être plus naïf —, c'est que si on n'a pas la gestion de nos institutions, des soins et de la formation, que ce soit la clinique, l'hôpital ou l'université, cela ne fonctionnera pas à long terme, à mon avis.

Les professionnels doivent avoir la chance d'exercer leurs compétences en français dans un milieu francophone pour bien servir la population francophone et maintenir un haut niveau d'expertise. Si on veut aller plus loin, si on a une ergothérapeute ou un physiothérapeute qui parle français, il faut que les gens puissent travailler ensemble en français si on veut créer un milieu. Il faut le faire d'abord pour connaître la terminologie médicale et la langue du patient, qui ne sont pas les mêmes, mais tout découle de cela aussi. Il y a un langage et des habiletés à développer pour bien soigner les patients francophones; si on ne le fait pas, ce n'est pas juste de la traduction, c'est beaucoup plus profond et précieux que cela.

Il y a une autre chose que j'ai envie de vous dire — et je m'avance sûrement sur un terrain glissant —, c'est que nous sommes quand même contents des institutions gérées par les francophones; cela nous assure une certaine pérennité, mais je m'inquiète pour la suite. Dans ma clinique, on était 60 % de francophones; c'était une clinique désignée francophone, et on s'est rendu compte récemment qu'on était maintenant 40 % de francophones. C'est à Ottawa, donc dans une région où il y a beaucoup de francophones. On a la liberté de choisir, puisqu'on fait de la médecine familiale, mais on est vite saturé. On cherche des médecins, donc on va donner un accès préférentiel aux francophones, sinon on va devenir anglophones.

Je travaille aussi depuis 36 ans à l'Hôpital Monfort et les ratios sont inversés. On est passé à 50 % de patients anglophones. On ne peut pas les refuser quand ils se présentent à l'urgence, mais en même temps, je sens que c'est une menace à long terme. Je n'en ai pas parlé à d'autres; ce sont vraiment mes impressions et mes inquiétudes personnelles pour l'avenir du français et des professionnels de la santé qui parlent français.

Je vous remercie de votre attention et je suis disponible pour répondre à vos questions.

Le président : Docteur Poitras et madame Barbeau-Rodrigue, c'est à votre tour. Vous avez cinq minutes pour vos remarques préliminaires, puis nous procéderons à la période des questions. La parole est à vous.

Dr. Julien Poitras, membre du conseil d'administration, Association des facultés de médecine du Canada : Merci, monsieur le président.

Honourable senators, Senator Michelle Audette — a colleague from Laval University — *kuei*, thank you for inviting us to contribute to the study on the critical issue of offering equitable health care in minority language communities.

I am a doctor and the Dean of Laval University's Faculty of Medicine, member of the Board for the Association of Faculties of Medicine of Canada (AFMC) and Chair of the Association's Standing Committee on Social Accountability.

With me are my colleagues, Danielle Barbeau-Rodrigue, Chair of the AFMC's Francophone Minorities Network and director of the Office of Francophone Affairs at the Northern Ontario School of Medicine (NOSM), as well as Anne Leis, Professor at the Department of Community Health and Epidemiology at the University of Saskatchewan's College of Medicine.

Together, we represent the AFMC, the voice of academic medicine. It brings together the country's 17 faculties of medicine and represents nearly 2,700 graduates each year, as well as 11,500 students in pre-doctoral training and 15,000 residents.

The AFMC plays a key role in a number of areas, notably by developing training, such as that on opioids or on cultural safety. It can have a real impact on the teaching done in our faculties of medicine.

We are here to testify on the importance of medical training within the framework of French-language health services, especially in a minority context. It is a critical issue to guarantee equitable access to care for all Canadians. However, equity of access must include linguistic considerations when a patient's safety could be compromised if they can only speak in their preferred official language.

Over the last few years, Canadian faculties of medicine have invested significant effort into cultural safety and access to medical studies for members of First Peoples communities and black populations. They have done so while recognizing significant needs in this regard, as well as the racism experienced by these communities. We welcome the attention the Senate committee is bringing to equitable access for Canadians in minority communities, and we thank you for it.

Communication between doctor and patient is crucial. Case histories often reveal essential details to establish a diagnosis. The opportunity to tell one's story in their language of choice is therefore fundamental.

Honorables sénateurs et sénatrices, sénatrice Michelle Audette, qui est une collègue de l'Université Laval, *kuei*, merci de nous avoir invités à contribuer à cette étude sur une problématique essentielle pour la prestation de soins de santé équitables dans les communautés de langue minoritaire.

Je suis médecin et doyen de la Faculté de médecine de l'Université Laval, membre du conseil d'administration de l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC) et président du comité permanent sur la responsabilité sociale de cette association.

Je suis accompagné de mes collègues Danielle Barbeau-Rodrigue, présidente du Réseau des communautés francophones minoritaires de l'AFMC et directrice du Bureau des affaires francophones à l'Université de l'École de médecine du Nord de l'Ontario (EMNO), ainsi qu'Anne Leis, professeure au Département de santé communautaire et d'épidémiologie à la Faculté de médecine de l'Université de Saskatchewan.

Ensemble, nous représentons l'AFMC, qui incarne la voix de la médecine universitaire, qui regroupe les 17 facultés de médecine du pays et qui représente près de 2 700 diplômés chaque année, 11 500 étudiants en formation prédoctorale et 15 000 résidents.

L'AFMC effectue un travail clé dans certains domaines, notamment dans la réalisation de formations comme celle sur les opioïdes ou la sécurisation culturelle, et elle peut avoir une influence réelle sur l'enseignement qui se fait dans nos facultés de médecine.

Nous sommes ici pour témoigner de l'importance de la formation médicale dans le cadre des services de santé en français, particulièrement dans un contexte minoritaire. C'est un enjeu crucial pour garantir un accès équitable aux soins pour tous les Canadiens et Canadiennes; par ailleurs, l'équité en matière d'accès doit inclure des considérations linguistiques quand la sécurité d'un patient ou d'une patiente peut être compromise si celui-ci ou celle-ci ne peut s'exprimer dans sa langue officielle de préférence.

Au cours des dernières années, les facultés de médecines canadiennes ont investi des efforts importants quant à la sécurisation culturelle et à l'accès à des études de médecine pour les membres des communautés des Premiers Peuples et celles des populations noires, tout en reconnaissant les besoins importants en ce sens et le racisme dont ces communautés ont été victimes. Nous saluons l'attention que le comité sénatorial porte à l'accès équitable pour les Canadiens et Canadiennes en situation minoritaire et nous vous en remercions.

La communication entre le médecin et le patient est cruciale, et l'histoire de cas révèle souvent des détails indispensables pour parvenir à un diagnostic. La possibilité de raconter cette histoire dans la langue de son choix est donc fondamentale.

Today, more specifically, we are proposing initiatives to broaden access to care and health services in French.

We have observed a lack of French-language health training outside Quebec, at the University of Ottawa, at the Northern Ontario School of Medicine (NOSM) and at the branch campus in Moncton.

Indeed, many students who study medicine only in English did French-language immersion until the end of high school. Current medical training in Canada is rigorous and subject to strict standards.

Unfortunately, this limits innovation. The resources needed for those innovations are often insufficient. To achieve an equitable offer of care, French-language training options must be developed and integrated into anglophone universities' curricula.

One model that proved its worth is that of contingents, such as the First Nations and Inuit contingent. This model stemmed from a documented shortfall in services for these populations. Resources were devoted to encouraging vocations early on in the school system by, for example, raising awareness among students in secondary schools. This process made it possible to identify potential candidates for medical studies in the community, who were then prepared and encouraged to apply. Once admitted, a community spirit was created between students from these populations. They were together, they identified with each other, and mentors supported them to help them integrate and maintain their identity. A similar approach could be implemented to identify francophone candidates who want to enter anglophone medical schools.

We could also consider bursary or financial support programs for these students, as well as support to counter linguistic insecurity.

Other examples include the simulated language clinics (SLCs) in Saskatchewan, where workshops give future practitioners the opportunity to consolidate their medical vocabulary in French with a simulated francophone clientele. To make this skill official, we also suggest developing a medical terminology certificate recognized by universities, which will require resources to support its implementation.

In small group training courses, it would be a good idea to offer a French option for francophone students, as well as the opportunity to intern with francophone preceptors. The launch of the new Pathways to Medicine initiative at the NOSM University is a step in this direction.

Aujourd'hui, nous vous proposons plus spécifiquement des initiatives pour élargir l'accès aux soins et aux services de santé en langue française.

Nous avons constaté un manque de formation en santé en français à l'extérieur du Québec, de l'Université d'Ottawa, de l'Université de l'École de médecine du Nord de l'Ontario (EMNO) et du campus délocalisé de Moncton.

En effet, de nombreux étudiants et étudiantes qui étudient la médecine en anglais uniquement ont suivi une immersion linguistique en français jusqu'à la fin de leur secondaire. La formation médicale actuelle au Canada est rigoureuse et soumise à des normes strictes.

Malheureusement, cela limite l'innovation et les ressources nécessaires à ces innovations sont souvent insuffisantes. Pour parvenir à l'équité dans la prestation des soins, il est nécessaire de développer des options de formation en français intégrées dans le programme de cours des universités anglophones.

Un modèle qui a fait ses preuves est celui des contingents, comme celui des Premières Nations et des Inuits. Ce modèle découle d'un constat documenté concernant le déficit de services à ces populations, avec des ressources consacrées à susciter des vocations tôt dans le parcours scolaire, par exemple, en sensibilisant les élèves dans les écoles secondaires. Ce processus permet d'identifier dans la communauté des candidats potentiels pour des études en médecine, qui sont alors préparés et favorisés pour l'admission. Une fois admis, un esprit de communauté se crée entre les étudiants de ces populations, qui se côtoient, se reconnaissent et sont accompagnés par des mentors pour assurer leur intégration et le maintien de leur identité. Une approche similaire pourrait être mise en œuvre pour repérer des candidats francophones qui souhaitent intégrer des facultés de médecine anglophones.

Nous pourrions également envisager de développer des programmes de bourses ou de soutien financier pour ces étudiants, ainsi qu'un accompagnement pour contrer l'insécurité linguistique.

Parmi d'autres exemples, citons les cliniques simulées linguistiques (CSL) en Saskatchewan, où des ateliers offrent aux futurs praticiens et praticiennes la possibilité de consolider leur vocabulaire médical en français avec une clientèle simulée francophone. Nous proposons également l'établissement d'un certificat de terminologie médicale reconnu par les universités afin d'officialiser cette compétence, ce qui nécessitera des ressources pour assurer sa mise en œuvre.

Lorsqu'on donne des formations en petits groupes, il serait notamment bénéfique d'offrir une option en français pour les étudiants francophones, ainsi que la possibilité de faire des stages avec des précepteurs francophones. Le lancement de la nouvelle initiative Voie vers la médecine en français à l'Université de l'EMNO représente une avancée en ce sens.

Lastly, if doctors in training do not speak the language of the minority and an emergency makes it impossible possible to choose a care provider, they must at least have the necessary skills to use an interpreting service effectively.

In closing, the need for resources is great, but above all, it is essential for the Canadian government to send a clear and unequivocal message about the importance of guaranteeing every Canadian access to health services in the official language of their choice, even if it is a minority language. This is the AFMC's first wish, and everything else flows from it.

We also recommend mandating the AFMC and providing the necessary resources to conduct an environmental scan on this issue and develop a series of recommendations in order to increase available training in minority languages in all faculties of medicine. This could include collecting linguistic data on francophone and francophile students outside Quebec, facilitating access, special cohorts, continuing education, and so on.

Once these recommendations are clearly established, they should be incorporated into accreditation standards for Canadian medical schools. However, to make those changes and meet those standards, we will need significant investments to set up programs and improve the availability of French-language training in all faculties of medicine, not just those that already offer programs in French.

The more we support the graduation of French-speaking students, the more we will help guarantee future capacity to teach, provide preceptorships and offer clinical rotations in French, as well as ensure access to care in Canadians' chosen minority official language.

Thank you for your attention. Mr. Chair, I'd like to point out that we're saving a few minutes, since I grouped together the presentation of my colleagues, Ms. Barbeau-Rodrigue and Ms. Leis, so there will not be any more presentations before question period.

The Chair: We are now ready to move on to questions. Dear colleagues, as usual, you will have five minutes for questions, including answers from witnesses. We have rather a lot of time.

Senator Moncion: My first question is for Dr. Roy. You talked about managing institutions and you identified three points, specifically initiatives that support francophones, knowledge and working collaboratively. You talked about

Enfin, si un médecin en formation ne parle pas la langue de la minorité et s'il y a une situation d'urgence où le choix d'un prestataire de soins n'est pas possible, il doit au moins posséder les compétences nécessaires pour utiliser efficacement un service d'interprétation.

Pour conclure, les besoins en ressources sont importants, mais il est avant tout essentiel que le gouvernement canadien envoie un message clair et sans équivoque sur l'importance de garantir à chaque Canadienne et Canadien l'accès à des services de santé dans la langue officielle de son choix, même si elle est minoritaire. C'est notre premier souhait à l'AFMC dont découle tout le reste.

Nous recommandons ensuite de mandater et de doter l'AFMC des ressources nécessaires pour effectuer un scan environnemental sur cette question et développer une série de recommandations visant à accroître l'offre de formation dans les langues minoritaires dans toutes les facultés de médecine. Cela pourrait inclure le recueil de données linguistiques sur les étudiantes et étudiants francophones et francophiles à l'extérieur du Québec, un accès facilité, des contingents particuliers, de la formation continue, etc.

Une fois ces recommandations clairement établies, elles devraient être intégrées dans les normes d'agrément des facultés de médecine canadiennes. Toutefois, pour que ces changements aient lieu et que les normes soient respectées, nous aurons besoin d'investissements considérables pour structurer des programmes et améliorer l'offre de formation en français dans toutes les facultés de médecine, et pas uniquement dans celles qui offrent déjà des programmes en français.

Plus nous soutenons la diplomation d'une clientèle étudiante qui parle français, plus nous contribuons à garantir la capacité future d'enseignement, de préceptorat et d'offre de stages cliniques en français et à assurer l'accès à des soins dans la langue officielle minoritaire choisie par les Canadiens et les Canadiennes.

Nous vous remercions de votre attention. Monsieur le président, je me permets de souligner que nous gagnons quelques minutes, puisque je regroupais la présentation de mes collègues Mme Barbeau-Rodrigue et Mme Leis, donc il n'y a pas d'autres présentations avant la période des questions.

Le président : Nous sommes maintenant prêts à passer à la période des questions. Chers collègues, comme d'habitude, nous vous accordons cinq minutes pour vos questions, y compris les réponses des témoins. Nous disposons d'un temps assez important.

La sénatrice Moncion : Ma première question s'adresse au Dr Roy. Vous avez mentionné la gestion des institutions et vous avez cerné trois points, soit les initiatives qui encouragent les francophones, les connaissances et le travail en collaboration.

managing our institutions and those in the area. Are you talking about the 17 institutions in Canada?

Dr. Roy: I was speaking generally. When we can manage our institutions, it's easier to function. If we represent a small part of a larger anglophone body or large university, it is not always easy to continue functioning in French. That's what I meant.

Senator Moncion: When it comes to management, it is therefore by, for and with francophones?

Dr. Roy: Yes.

Senator Moncion: Or does it tend to involve anglophones?

Dr. Roy: It's not always possible; I'm a realist. I can use an example far removed from me. I am not very familiar with it, so if I make mistakes with my references, no one can be upset with me. When we worked for the Consortium national de formation en santé (CNFS), one of the things we did was recruit students from schools in Alberta. At that time, we were in contact with Campus Saint-Jean, formerly known as Collège Saint-Jean. We organized training sessions with doctors there. We brought them together when I was at the University of Ottawa. We had people we knew, so we could call them and find preceptors and supervisors for our students. Eventually, that campus merged with the University of Alberta. I don't know the details, but since then, we've somewhat lost the plot when it comes to francophones. We kept going with the other contacts we had, but without the Collège Saint-Jean, we lost an institution that was reliable and useful to us. That is one example. Management was lost within a larger body.

We are not going through that at Montfort, but at the Faculty of Medicine here, it's not always easy. We are the Office of Francophone Affairs, founded in 1995, and we still have to fight for our staff and our rights. We think it's been acquired, but it's never acquired. We spend a lot of energy fighting to exist instead of being able to carry out our projects, which are quite interesting and are in line with what people have said. That's two examples.

Senator Moncion: Are you funded fairly, or is it still a fight?

Dr. Roy: I think the consortium is well funded. It's a federal initiative that came at a time when Montfort was about to be shut down. We get good funding, which allows us to make great strides in terms of contacts and training. For example, we had great success in Manitoba because there's a good community and we have a regional coordinator there who finds placements for us. Every year, for 20 years, I've given supervisors training in education and it's working well. The CNFS funds us well too.

Vous avez parlé de la gestion de nos institutions et de celles de la région; parlez-vous des 17 institutions au Canada?

Dr Roy : J'ai parlé de façon générale. Quand on a la gestion de nos institutions, c'est plus facile de fonctionner. Si on représente un petit tout faisant partie d'un grand ensemble anglophone ou d'une grosse université, ce n'est pas toujours facile de continuer de fonctionner en français; c'est ce que je voulais dire.

La sénatrice Moncion : En ce qui a trait à la gestion, c'est donc par, pour et avec les francophones?

Dr Roy : Oui.

La sénatrice Moncion : Ou est-ce plutôt avec les anglophones?

Dr Roy : Ce n'est pas toujours possible; je suis réaliste. Je peux prendre un exemple loin de moi; je ne le connais pas bien, donc si je fais des erreurs de citation, on ne pourra pas m'en vouloir. Quand nous avons travaillé pour le Consortium national de formation en santé (CNFS), nous avions notamment recruté des étudiants dans les écoles en Alberta. À ce moment-là, on communiquait avec le Campus Saint-Jean, autrefois appelé le collège Saint-Jean; on a organisé des formations avec les médecins là-bas, on les a réunis alors que j'étais à l'Université d'Ottawa, il y avait des gens qu'on connaissait, donc on pouvait les appeler et trouver des précepteurs et des superviseurs pour nos étudiants. Éventuellement, ce campus a fusionné avec l'Université de l'Alberta; je ne connais pas les détails, mais depuis ce temps-là, on a un peu perdu le filon en ce qui concerne les francophones. On a continué avec les autres contacts qu'on avait, mais sans le collège Saint-Jean, on a perdu une institution qui était solide et utile pour nous. Voilà un exemple. La gestion a été perdue dans un plus grand ensemble.

On ne vit pas cela à Montfort, mais à la Faculté de médecine ici, ce n'est pas toujours facile. Nous sommes le Bureau des affaires francophones, qui a été fondé en 1995, et nous devons encore nous battre pour notre personnel et nos droits. On pense que c'est acquis, mais ce n'est jamais acquis. On dépense beaucoup d'énergie à se battre pour exister au lieu de réaliser nos projets, qui sont plutôt intéressants et qui sont liés à ce que les gens ont dit. Voilà deux exemples.

La sénatrice Moncion : Êtes-vous financés de manière équitable, ou est-ce toujours un combat?

Dr Roy : Je pense que le consortium est bien financé; c'est une initiative fédérale qui est arrivée au moment où Montfort allait être fermé. Nous recevons un bon financement qui nous a permis de faire de grandes avancées, comme des contacts et des formations. Par exemple, on a un grand succès au Manitoba, parce qu'il y a une bonne communauté et qu'on a un coordonnateur régional là-bas qui nous trouve des stages. Chaque année depuis 20 ans, je vais donner des formations

Senator Moncion: My other questions are for the Association of Faculties of Medicine of Canada. You talked about language proficiency clinics, which was interesting because you referred to First Nations and Inuit communities. In provinces other than Quebec, how does it work to attract people to those clinics so they can work together and help each other?

Anne Leis, Member, Francophone Minorities Network, Association of Faculties of Medicine of Canada: I will answer because we started those language proficiency clinics with simulated francophone patients in person and with trainers. We had patients who came in, were trained and had to speak in French with medical students in various rooms. During the pandemic, we used Zoom and were able to create a community of medical students interested in improving their medical terminology in French. We now hold regular language proficiency clinics with simulated patients, four to six times per year, that are offered to francophone and francophile students who typically study medicine in English.

We have had participants from the University of Saskatchewan, the University of British Columbia, various institutions in Ontario, Dalhousie University and so on. We have to deal with time zones, but it works very well and the students are very happy when they find the time to participate in this kind of exercise. The goal is to give them confidence and tell them: "You have already learned French, maybe you were in immersion, or you are francophones and studied in English, but you have basic medical knowledge in French." We just have to give them a boost in confidence. Since they already have a foundation in French, they can start by taking the patient's history, so we give them clinical cases and set them up in a room with a patient. We then have them repeat the same scenario with another patient. Suddenly they say it is easier the second time, and a little easier the third time. We just have to give them some vocabulary because they do not know all the vocabulary, and give them confidence that it is not an insurmountable problem. I'm not sure if I answered your question.

Senator Moncion: Yes. I have a follow-up question and other questions for other witnesses — I'm sure we will have enough time. The type of follow-up you do for those people from your little groups to see, once they are working, in hospitals in particular.... Are you going to create that type of system to see whether they are able to continue to practice medicine in French? Sometimes people say they learned French but have forgotten it

pédagogiques aux superviseurs et cela fonctionne bien, et le CNFS nous subventionne bien aussi.

La sénatrice Moncion : Mes autres questions s'adressent à l'Association des facultés de médecine du Canada. Vous avez parlé des cliniques linguistiques et je trouvais cela intéressant, parce que vous en avez parlé pour les Premières Nations et les Inuits. Comment cela se passe-t-il, par exemple, dans d'autres provinces que le Québec, pour réunir les gens afin qu'ils puissent avoir accès à ces cliniques, être en mesure de travailler ensemble et s'entraider?

Anne Leis, membre, Réseau des minorités francophones, Association des facultés de médecine du Canada : Je vais répondre, parce que nous avons commencé ces cliniques linguistiques avec patients simulés francophones d'abord en personne avec des formateurs. On avait des patients qui venaient sur place, qui étaient formés et qui devaient parler en français avec des étudiants en médecine dans différentes salles. Avec la pandémie, on est passé au Zoom et on a réussi à créer une communauté d'étudiants en médecine qui sont intéressés à améliorer leur terminologie médicale en français. Maintenant, on organise régulièrement, de quatre à six fois par année, des cliniques linguistiques avec patients simulés qui sont ouvertes à tous les étudiants francophones et francophiles des facultés de médecine anglophones.

Par exemple, on a eu des gens de l'Université de la Saskatchewan, de l'Université de la Colombie-Britannique, de divers établissements de l'Ontario, de l'Université Dalhousie, etc. Il faut composer avec les fuseaux horaires, mais cela fonctionne très bien et les étudiants sont extrêmement satisfaits quand ils arrivent à se libérer pour participer à ce genre d'exercice. Le but est de leur donner confiance et de leur dire : « Vous avez déjà appris le français, vous venez peut-être de l'immersion, ou vous êtes francophones, oui, vous avez fait vos études en anglais, mais vous avez des connaissances de base en français en médecine. » Il suffit de leur donner confiance; ils ont quand même une certaine base en français, ils peuvent commencer l'histoire du patient, donc on leur donne des cas cliniques et on les installe dans une salle avec un patient. On les fait répéter le même scénario avec un autre patient, puis tout à coup ils disent que la deuxième fois, c'était plus facile, et que la troisième fois, c'était un peu plus facile. Il s'agit simplement de leur donner du vocabulaire, parce qu'ils n'ont pas tout le vocabulaire, mais de leur donner confiance dans le fait que ce n'est pas un problème insurmontable. Je ne sais pas si j'ai répondu à votre question.

La sénatrice Moncion : Oui. J'ai une question de suivi et j'en ai d'autres pour les autres témoins — on aura sûrement le temps. Le genre de suivi que vous allez donner à ces personnes qui font partie de vos petits groupes, pour voir si, une fois qu'ils seront sur le marché du travail, dans les hôpitaux notamment... Est-ce que vous allez mettre en place ce genre de système pour voir s'ils sont en mesure de continuer à pratiquer la médecine en

because they don't use it enough, do not feel comfortable, and then lose it. That is the kind of follow-up needed to ensure that this initiative can continue and expand.

Ms. Leis: Yes, I agree. You talked about evaluating the simulated language proficiency clinics and other initiatives. That is extremely important. One of the challenges we face is that medical students at the pre-doctoral level go on to do residencies. They apply to different places and are not necessarily in francophone communities. If they are not working in a minority community, they might not have francophone patients. It is a gamble, unless we are talking about more established institutions such as in Ottawa, the Montfort, or maybe in Manitoba, as Dr. Roy said, where there is family medicine training in French. It is a challenge, to be sure, but we do what we can.

Senator Moncion: Thank you. Do I still have time?

The Chair: We'll come back to that. I'm sure there'll be a second round.

Senator Mégie: My first question is for the Association of Faculties of Medicine of Canada, because the language clinic got my attention. Does it work only when you're in Saskatchewan or on Zoom, or can you transfer them to other provinces?

Ms. Leis: Yes, that's exactly what I was saying earlier. Now that we have Zoom, it's even easier, depending on the number of students enrolled. Advertising is always a challenge. We use Facebook and other platforms, as well as lists we have at various universities, but we don't always reach students who would be interested. Organizing this is a lot of work. Some students from anglophone universities have participated, not regularly, but one, two or three times. The beauty of it is that we're focused on medicine, but Franco-santé [Technical difficulties] means we can include students in pharmacy and other professional programs.

However, we have to be able to adapt the scenarios we offer to the participants. That's an added degree of complexity. It happens on a volunteer basis now. We don't have a lot of resources. As Dr. Poitras said earlier, this needs to be better integrated into medical schools' curriculum.

Dr. Poitras: I would add that, in the current context, these initiatives aren't structured. Students opt in if they want to. Some kind of structure could certainly be introduced. Some medicine programs offer their students different profiles. A francophone

français? Parfois, des gens disent qu'ils ont appris le français, mais ils l'ont perdu, car ils ne s'en servent pas assez souvent, ils ne sont pas à l'aise, donc ils le perdent. C'est le genre de suivi qu'il faudra assurer pour que l'initiative continue et prenne de l'expansion.

Mme Leis : Oui, je suis d'accord. Vous parlez de l'évaluation de ce genre de clinique linguistique simulée ou d'autres initiatives. C'est extrêmement important. L'un des défis auxquels nous faisons face, c'est que les étudiants en médecine qui font des études prédoctorales vont en résidence; ils postulent à différents endroits, mais ils ne sont pas nécessairement dans des milieux francophones non plus. Vous savez, quand on est dans un milieu minoritaire, on n'est pas sûr de rencontrer nécessairement des patients francophones; c'est un peu le jeu du hasard, à moins d'avoir des structures plus solides comme à Ottawa, à Montfort ou peut-être au Manitoba, comme le disait le Dr Roy, où il y a une formation en médecine familiale en français. C'est un défi, bien sûr, mais on fait ce qu'on peut.

La sénatrice Moncion : Merci. Ai-je encore du temps?

Le président : On y reviendra. Il y aura sûrement un deuxième tour.

La sénatrice Mégie : Ma première question est justement pour l'Association des facultés de médecine du Canada, car la clinique linguistique a attiré mon attention. Est-ce que cela fonctionne seulement quand on est en Saskatchewan ou avec le système Zoom, ou êtes-vous en mesure de les transférer ailleurs dans d'autres provinces?

Mme Leis : Oui, justement c'est ce que je disais tout à l'heure. Depuis qu'on a Zoom, c'est d'ailleurs plus facile, selon le nombre d'étudiants inscrits. La publicité, c'est toujours un défi; on utilise Facebook ou d'autres moyens, ainsi que les listes qu'on a dans les différentes universités, mais cela ne se rend pas toujours aux étudiants qui seraient intéressés. C'est beaucoup de travail d'organiser cela. Effectivement, des étudiants de certaines universités anglophones y ont participé, pas forcément régulièrement, mais une, deux ou trois fois. La beauté de cela, c'est qu'on s'est concentré sur la médecine, mais avec Franco-santé [Difficultés techniques] il est possible d'inclure des étudiants en pharmacie ou issus d'autres professions.

Cependant, lorsqu'on propose des scénarios, ils se doivent d'être adaptables en fonction des étudiants qui participent. C'est un degré de plus de complexité. Pour l'instant, cela se fait sur une base volontaire. On n'a pas beaucoup de moyens. Le Dr Poitras disait plus tôt qu'il faudrait que ce soit mieux intégré dans le curriculum des facultés de médecine.

Dr Poitras : Je peux ajouter que c'est vraiment dans un contexte où ces initiatives ne sont pas structurées. Ce sont les étudiants qui, sur une base volontaire, vont participer. Il y a certainement une structure qui peut être mise en place. Certains

profile might be worth trying. That would be one way to provide more structure for this kind of initiative.

Senator Mégie: I actually have a question about the networking that would enable us to expand all that. What ever happened to Franco Doc? It may seem like old news, but I haven't heard anything about it for quite a while. It might be from before your time. It was all about networking for health professionals in different provinces. Is it still around?

Danielle Barbeau-Rodrigue, Chair, Francophone Minorities Network, Association of Faculties of Medicine of Canada: I chair the Francophone Minorities Network, the network that created Franco Doc through the efforts of New Brunswick's Dr. Aurel Schofield. We had six good years, from 2015 to 2021. Unfortunately, we weren't able to renew funding for this wonderful project. As Ms. Leis said earlier, it kind of got absorbed by Franco-santé, but the focus isn't so much on medicine. The other professions are more involved, more so than our medical students and residents.

As Dr. Poitras said earlier, the good thing about Franco Doc was that it identified a lot of francophone students and residents who were studying medicine in anglophone institutions. That gives us a reason to renew funding for the project. We need to be able to identify our francophone and francophile students and residents so we can build capacity for francophones to deliver care to francophone populations across the country.

Unfortunately, Franco Doc isn't operational right now, but we do hope to bring it back someday.

Senator Mégie: Thank you.

This question is for Dr. Roy. You said earlier that, initially, 60% of the doctors or professionals were francophone and 40% were not, but that the proportions have changed. Is this just because of demographics? Are there more anglophone patients, which led to attrition? Are there francophone patients who feel they have to speak English because they're in an anglophone community?

Dr. Roy: I wasn't talking about professionals. Within the Montfort Academic Family Health Team and at the Montfort Hospital, the vast majority of our professionals speak French. We do get some anglophones, but they eventually learn French because the work environment is very francophone. Ottawa's population is growing.

programmes de médecine offrent différents profils à leurs étudiants. Un profil francophone pourrait être intéressant. Cela deviendrait une façon de structurer davantage ce genre d'initiative.

La sénatrice Mégie : Justement, j'ai une question qui concerne le réseautage qui nous permettrait d'étendre tout cela. Qu'en est-il du projet Franco Doc? Cela peut paraître vieux, mais cela fait un bout de temps que je n'en entends plus parler. Vous êtes peut-être un peu trop jeune pour le connaître. Il concernait le réseautage des professionnels de la santé dans différentes provinces. Cela n'existe plus?

Danielle Barbeau-Rodrigue, présidente, Réseau des minorités francophones, Association des facultés de médecine du Canada : Je préside le Réseau des communautés francophones minoritaires. C'est à partir de ce réseau que Franco Doc a pris vie grâce au Dr Aurel Schofield, du Nouveau-Brunswick. On a eu six bonnes années, soit de 2015 à 2021. Malheureusement, on n'a pas pu renouveler le financement pour ce beau projet. Comme Mme Leis le disait plus tôt, on l'a un peu cédé à Franco-santé. Même si la perspective en médecine n'est pas aussi évidente dans ce projet, ce sont plutôt les autres professions qui s'impliquent, beaucoup plus que nos étudiants et résidents en médecine.

Comme le disait le Dr Poitras un peu plus tôt, l'avantage du projet Franco Doc est que l'on a identifié beaucoup d'étudiants et de résidents francophones qui étudiaient la médecine dans les institutions anglophones. Cela nous donne une raison de refinancer ce projet. Il est important que l'on puisse identifier nos étudiants et résidents francophones et francophiles pour nous aider à augmenter notre capacité de francophones à prodiguer des soins à nos populations francophones à travers le pays.

Malheureusement, Franco Doc ne fonctionne pas en ce moment. Toutefois, nous gardons espoir de le faire renaître.

La sénatrice Mégie : Merci.

Ma question s'adresse au Dr Roy. Vous nous disiez plus tôt qu'au tout début, il y avait 60 % de professionnels ou de médecins francophones et 40 % de non-francophones, mais que les proportions ont changé. Est-ce purement une question démographique? Y a-t-il plus de patients anglophones, ce qui a mené à l'attrition? Y a-t-il des patients francophones qui se présentent et qui jugent qu'ils doivent parler en anglais, parce qu'ils sont dans un milieu anglophone?

Dr Roy : Je ne parlais pas des professionnels. Dans la clinique ESFAM et à l'Hôpital Montfort, la grande majorité des professionnels s'expriment en français. Même s'il arrive parfois qu'il y ait des anglophones, ils finissent par apprendre le français, car le milieu est tout de même très francophone. La population d'Ottawa grossit.

I sometimes cite Orleans as an example. It used to be a francophone city, but it's more anglophone now. That's not because of ill will on anyone's part. I like to say that the Montfort Hospital and our clinic are victims of our own success. People are very happy with what we offer, because we do good work. People are interested and want to come to us. That's what happens. What are we supposed to do if, at some point, we're no longer serving francophones? That's not ideal.

Senator Mégie: Thank you.

Senator Aucoin: Dr. Roy, you said a lot of things, including that the Consortium national de formation en santé is funded by the federal government. Are there other initiatives the federal government could take to improve health services for the francophone population?

Dr. Roy: At one point or another, I was part of all those initiatives to teach in French. I worked on that with Ms. Leis for a long time. We were a kind of pilot for the French classes they offer.

I think all those initiatives are good. They're working. They should be evaluated more. Those initiatives are working. Franco Doc worked, but it was always chasing its next subsidy. I haven't been involved in that for some time. We were just getting the project up and running, and the funding ended. Médecins francophones du Canada used to be part of Franco Doc, and all of its initiatives should be supported and financed. We have to look at all the opportunities out there and choose what we want to do. All the things we've heard about so far are things that have been tried. They would all benefit from funding. The consortium is relatively well funded, which has enabled us to do a number of things. We've taken on several of those roles over time.

Senator Aucoin: Do you track stats about the success of those initiatives?

Dr. Roy: That's a good question, because of the discussion about evaluation. I'm not sure that's been evaluated.

At this point in my life, I'm working with people who evaluate projects. I really believe in that. We have to evaluate our projects. I haven't been involved for some time, but I'm still a member of committees that recruit professors. Some elements were evaluated. We know that most of the eight students who participated each year for 20 years went back to minority francophone communities. We miss some, who stay in Ottawa or at the Montfort hospital. We don't usually like it when they stay here. The goal is to get them back in their region. We had some very encouraging numbers. I don't remember exactly, but more than 60% of them went back to minority francophone communities.

Parfois, je donne l'exemple d'Orléans. C'était autrefois une ville francophone. Maintenant, elle est plus anglophone. Ce n'est pas de la mauvaise volonté de la part des personnes. J'aime dire qu'on est victime de notre succès à l'Hôpital Montfort et à notre clinique. Les gens aiment bien ce que l'on offre, parce qu'on fait du beau travail. Les gens sont intéressés et veulent venir avec nous. C'est ce qui arrive. Que faire si, ultimement, à un moment donné, on ne sert plus les francophones? Ce n'est pas génial.

La sénatrice Mégie : Merci.

Le sénateur Aucoin : Docteur Roy, vous avez dit plusieurs choses, notamment que le Consortium national de formation en santé est financé par le gouvernement fédéral. Cela semble bien fonctionner. Y a-t-il d'autres initiatives que le gouvernement fédéral pourrait faire pour améliorer les services de santé à la population francophone?

Dr Roy : J'ai un peu trempé dans toutes ces initiatives pour enseigner en français. J'ai travaillé longtemps avec Mme Leis sur ce sujet. On était un peu l'embryon des cours de français qu'ils donnent.

Je pense que toutes ces initiatives sont bonnes et fonctionnent. Il faudrait les évaluer davantage. Ce sont des initiatives qui fonctionnent. Franco Doc fonctionnait. Toutefois, ce programme vivait de subvention en subvention. Cela fait longtemps que je n'y ai pas été impliqué. On commençait à mener le projet et la subvention a pris fin. Toutes les initiatives de Médecins francophones du Canada, qui faisait d'ailleurs partie de Franco Doc, mériteraient d'être encouragées et financées. Il faudrait penser globalement et choisir ce que l'on veut faire. Tout ce qu'on a entendu jusqu'à présent, ce sont des choses qui ont été essayées. Tout cela gagnerait à être subventionné. Le consortium est relativement bien financé. Cela nous a permis de faire plusieurs choses. On a tenu plusieurs de ces rôles dans le temps.

Le sénateur Aucoin : Tenez-vous compte des statistiques sur le succès de ces initiatives?

Dr Roy : C'est une bonne question, parce qu'on a parlé d'évaluation. Je ne suis pas certain que cela a été évalué.

À ce point-ci de ma vie, je travaille avec des évaluateurs de projets. Je crois beaucoup à cela. Il faut évaluer nos projets. Je ne suis pas impliqué depuis un certain temps, quoique je siège toujours à certains comités pour recruter des professeurs. On avait évalué certains éléments. On sait qu'une grande partie des huit étudiants, chaque année pendant 20 ans, sont retournés dans des régions minoritaires francophones. On en échappe quelques-uns qui restent à Ottawa ou à l'Hôpital Montfort. En général, on n'est pas trop content quand ils restent chez nous. Le but est de les retourner dans leur région. On avait des chiffres très encourageants. Je ne m'en souviens plus, mais c'était plus de 60 % des gens qui retournaient dans un milieu minoritaire francophone.

Senator Aucoin: You talked about training. I thought you were telling us that the future of the Montfort Hospital was secure.

I'm a lawyer by training, and I've often dealt with language rights. The Montfort Hospital hasn't always been in the position it's in now. Do you have any guarantees that the Montfort Hospital isn't going anywhere and that governments will follow through on commitments to ensure teaching and training of doctors and health professionals for the long term?

Dr. Roy: I'm more optimistic than I used to be. I was there during the battle. At one point, there were six family doctors left. I was one of them. The hospital came this close to closing. We fought. We now have an institution that works well in French and trains quite a few francophones.

Can we be sure we'll be around for the long haul? I've learned that we can never have long-term certainty about anything to do with francophone rights. We always have to fight to some degree. Let's just say things are fairly calm at the moment. The big issue now is attrition and an increasingly anglophone population. I'm not sure how to solve that problem.

We also have to respect the Canadian Charter of Rights and Freedoms. We can't refuse to care for people. That jeopardizes things for the long term.

Our clinic is smaller, and we have emergencies every day. We have the luxury of choosing our patients, which we don't like doing. However, the fact is that we exist for francophones, so we have to serve francophones. Nothing is guaranteed. I'm well aware that the situation is always precarious.

Senator Aucoin: Thank you.

The Chair: My first question is for Dr. Poitras. You laid out several possible measures to improve the availability of care in French. Am I right in thinking that there are several initiatives of all kinds put forward by different groups to foster language skills, but that there's a lack of internal structure to make these initiatives stand the test of time and ensure that training is solidly integrated into university health centres? What are your thoughts on that? I'm asking Dr. Poitras, but this question is for everyone.

Dr. Poitras: I can confirm what you're saying. We've seen some excellent initiatives, but they're one-off things by individual faculties. There's no alignment to provide an overarching structure for those efforts.

Le sénateur Aucoin : Vous avez parlé de formation. J'ai cru que vous étiez en train de nous dire que l'avenir de l'Hôpital Montfort était assuré.

Je suis avocat de formation et j'ai souvent trempé dans les droits linguistiques. L'Hôpital Montfort n'a pas toujours été dans la position où il est aujourd'hui. Avez-vous des garanties que l'Hôpital Montfort restera et que l'engagement pris par les gouvernements en vue d'assurer l'enseignement et la pérennité de la formation des médecins et des professionnels de la santé continuera à l'avenir?

Dr Roy : Je suis quand même plus optimiste qu'avant. J'étais là durant la bataille. À un certain moment, il restait six médecins de famille. J'étais l'un de ceux-là. L'hôpital a failli fermer. On s'est battu. On a une institution qui fonctionne bien en français maintenant et qui forme plusieurs francophones.

Est-on sûr de rester à long terme? J'ai compris que l'on ne peut jamais être sûr de quoi que ce soit à long terme en ce qui concerne les droits des francophones. Il faut toujours se battre un peu. Disons qu'il y a une certaine accalmie actuellement. L'enjeu, c'est plutôt l'attrition et la population qui est de plus en plus anglophone. Je ne sais pas comment résoudre ce problème.

On se doit aussi de respecter la Charte canadienne des droits et libertés. On ne peut pas refuser de soigner des gens. En ce sens, il y a une menace à long terme.

À notre clinique, qui est plus petite, il y a des urgences quotidiennement. On peut se permettre de choisir nos patients, ce que l'on n'aime pas faire. Toutefois, à un certain moment, on existe pour les francophones et il faut bien que l'on serve les francophones. Rien n'est garanti. Je suis bien conscient que la situation est toujours précaire.

Le sénateur Aucoin : Merci.

Le président : Ma première question s'adresse au Dr Poitras. En fait, vous avez énoncé un certain nombre de mesures possibles pour améliorer la disponibilité de soins en français. Est-ce que je me trompe en disant qu'il y a plusieurs initiatives de toutes sortes et qui viennent de différents groupes pour favoriser les compétences linguistiques, mais qu'il y a un manque de structure à l'intérieur des milieux pour pérenniser et faire en sorte que les formations sont vraiment intégrées dans les centres universitaires en santé? Que pouvez-vous nous dire par rapport à cela? Je m'adresse au Dr Poitras, mais cette question s'adresse à tous.

Dr Poitras : Je peux confirmer vos dires. On a eu des exemples d'initiatives extrêmement intéressantes, mais qui sont prises de façon individuelle par certaines facultés, sans avoir de point d'orgue qui permet d'aligner les choses et de structurer plus globalement un effort de ce côté.

In my introduction, I mentioned an initiative, which can help us move in that direction, connect a number of those initiatives and provide more structure through solutions that weren't identified on an individual basis but could be implemented more broadly by all medical faculties and the Association of Faculties of Medicine of Canada. That kind of work is already being done around certain specific problems.

Ms. Barbeau-Rodrigue: I can speak to what's happening at my university. We were a faculty until 2022, and we're now a university. We're now the Northern Ontario School of Medicine University.

We've never had funding specifically for francophones, although we've always had a francophone admissions stream. Our social responsibility mandate requires us to meet the needs of all northern Ontario populations, including francophones, even though our program has always been taught in English only. It's bizarre to talk about recruiting francophones, only to teach them exclusively in English.

The university's Francophone Affairs Unit has been around since 2005, but we haven't received funding to do anything significant.

We started offering optional sessions to francophone and francophile students.

Since 2022, we've taken on the mission of creating what we call the Francophone Curricular Initiative. This is not the full program; it's sessions that teach the same curriculum anglophone students learn, but in French. It's one small step, because our anglophone colleagues get scared when we offer too much French, unfortunately.

We're seeing some pioneers among our francophone students. These examples demonstrate what could happen with more funding and strategic planning.

As Dr. Poitras said, the Association of Faculties of Medicine of Canada believes that having something national in scope would have a huge impact on the delivery of health care in French because more French-speaking health care practitioners could be trained.

The Chair: I asked that question because we have to write a report and make recommendations to the government. You talked about funding, but what's the best way to build a long-lasting structure that will ensure the delivery of care in French in the future?

Funding is important, but are there other mechanisms that are important, too?

Dans mon introduction, j'ai mentionné une initiative, qui peut nous aider à aller dans cette direction, à relier plusieurs de ces initiatives et à les structurer davantage au moyen de solutions qui n'avaient pas été identifiées individuellement, mais qui pourront l'être globalement par l'ensemble des facultés de médecine et par l'Association des facultés de médecine du Canada, puisqu'on a déjà fait ce genre de travail sur certains problèmes spécifiques.

Mme Barbeau-Rodrigue : Je peux parler surtout de ce qui se passe à mon université. On est maintenant une université; on a été une faculté jusqu'en 2022. Maintenant, on est l'Université de l'École de médecine du Nord de l'Ontario.

On n'a jamais eu de financement spécifiquement pour les francophones, bien qu'on ait toujours eu une voie d'admission francophone. Notre mandat de responsabilité sociale nous oblige à répondre aux besoins de toutes les populations du Nord de l'Ontario, y compris les francophones, même si notre programme a toujours été enseigné en anglais seulement. C'est bizarre de dire qu'on recrute des francophones, mais qu'on va leur enseigner en anglais seulement.

Le Bureau des affaires francophones et francophiles (BAFF) de l'université existe depuis 2005, mais on n'avait pas reçu de financement pour faire quelque chose d'important.

On a commencé à offrir des séances facultatives aux étudiants francophones et francophiles.

Depuis 2022, on s'est donné le devoir et la mission de créer ce qu'on appelle la Voie vers la médecine en français. Ce sont des séances — pas le programme en entier — où l'on enseigne le même cursus qu'aux étudiants anglophones, mais il est offert en français. C'est un petit pas, car cela fait peur à nos collègues anglophones lorsqu'on offre trop de français, malheureusement.

On arrive à avoir des pionniers chez nos étudiants francophones. De tels exemples montrent ce qui pourrait se produire avec un meilleur financement et plus de planification stratégique.

Comme le Dr Poitras l'a dit, pour l'Association des facultés de médecine du Canada, le fait d'avoir quelque chose qui est national aurait un gros impact sur la prestation des soins de santé français, parce que l'on pourrait former plus de pourvoyeurs de santé en français.

Le président : L'objectif de ma question, c'est qu'on doit faire rapport et présenter des recommandations au gouvernement. Vous parlez de financement, mais est-ce que c'est le meilleur moyen d'assurer une pérennisation de structure, pour faire en sorte qu'on assure les soins en français à l'avenir?

Le financement est important, mais y a-t-il d'autres mécanismes qui seraient importants?

Ms. Leis: I'd like to refer to the text Dr. Poitras read earlier. I believe the question is this: What can the federal government do about training that's usually under provincial jurisdiction?

The federal government has a duty to support Canadians via all the services they receive in their language.

The Association of Faculties of Medicine of Canada could say that those faculties have a social responsibility to find ways to provide training in French, identify francophone and francophile students and identify initiatives that can fund their curriculum.

There would have to be a requirement or a mandate that transcends turf wars. This isn't about having one option or nothing.

In Western Canada, people think there aren't enough francophones for this to be worthwhile. They think it would be too costly. The minority is never in the right. I think there is a way to figure out how to put pressure on the institutions that train health professionals, including doctors.

The Chair: You didn't really speak to the issue of mobility or barriers to interprovincial and interterritorial mobility. What are your thoughts on that? That's a barrier to service delivery in French, because provinces have standards that hinder greater mobility.

Dr. Poitras: By mobility, do you mean student mobility?

The Chair: Yes, student mobility, but also doctors who have completed their training.

Dr. Poitras: It's important to remember that medical training has two main stages: pre-clerkship and clerkship. This usually takes four or five years. Residency then takes two to five years. There's a lot of mobility during residency.

Students who have completed their undergraduate work can do their residency anywhere in Canada and go to different universities. These days, that mobility involves an exodus from Quebec, with francophones doing their residency outside Quebec in anglophone or francophile faculties, depending.

Mme Leis : Je voulais revenir au texte que le Dr Poitras a lu tout à l'heure. Je crois que la question est la suivante : que peut faire le gouvernement fédéral dans une formation qui est souvent de compétence provinciale?

Le gouvernement fédéral a le devoir d'appuyer les Canadiens et Canadiennes dans tous les services qu'ils reçoivent dans leur langue.

Pour l'Association des facultés de médecine du Canada, il y aurait moyen de dire que ces facultés ont une responsabilité sociale de trouver des moyens d'offrir de la formation en français, d'identifier des étudiants qui sont francophiles ou francophones et de trouver des initiatives qui pourraient financer leur curriculum.

Il y a une exigence ou un mandat qui doit être donné et qui va au-delà des querelles de clocher. Ce n'est pas la question d'avoir une option ou non.

Dans l'Ouest canadien, les gens disent : « Ah, il y a combien de francophones? Cela ne vaut pas la peine, cela coûtera trop cher. » On n'a jamais raison, parce qu'on est minoritaire. Je pense donc qu'il y aurait une façon de trouver des moyens de mettre de la pression sur des institutions qui forment des professionnels de la santé, dont des médecins, par exemple.

Le président : Vous n'avez pas beaucoup parlé de l'enjeu de la mobilité ou des barrières qui empêchent cette mobilité interprovinciale et interterritoriale. Qu'avez-vous à dire par rapport à cela? C'est quand même une barrière pour la livraison des services en français, parce qu'il y a des paramètres par province qui nuisent à une plus grande mobilité.

Dr Poitras : Lorsque vous parlez de mobilité, vous parlez de la mobilité étudiante, je présume?

Le président : De la mobilité étudiante, mais aussi la mobilité des médecins après leur formation.

Dr Poitras : Il faut se rappeler que la formation en médecine compte deux étapes importantes : le prédoctoral et l'externat. C'est habituellement une première formation d'une durée de quatre ou cinq ans. La résidence dure aussi entre deux et cinq ans. Il y a une mobilité vraiment importante sur le plan de la résidence.

À ce moment-là, les étudiants qui ont terminé leur prédoctoral peuvent faire leur résidence partout au Canada et aller dans les différentes universités. Il y a une mobilité actuellement avec un certain exode à partir du Québec, où les francophones vont étudier dans leur programme de résidence à l'extérieur du Québec dans des facultés anglophones ou francophiles, compte tenu de la situation.

There does seem to be a problem with mobility the other way around. We usually have about 80 vacant family medicine residency positions in Quebec, while students in the rest of Canada have trouble finding residencies.

It would be beneficial to improve the French-language aspect for our students in anglophone faculties so they can access that mobility and graduate more doctors with skills in family medicine and other specialties.

The Chair: Thank you for the answer.

Dr. Roy: That was well explained. We don't have much control over residency.

The CNSF has explored the possibility of subsidizing French-language residencies. It is quite complicated and very expensive. Residency is paid for by the provinces, which is an obstacle. It is also an obstacle to returning francophones to their region; obviously, these people are 25 or 30 years old.

There's a competition across Canada, so they have no choice. They apply and indicate where they want to go first, but they may end up somewhere else. Often, they meet the soulmate, and the francophone trained to return to Manitoba will end up in Montreal or elsewhere. It's a complex situation.

It would take two hours to discuss it with experts, but it would be interesting to perhaps talk about residents.

Doctors are fairly mobile in Canada; there aren't really any obstacles. It's not very complicated to work in another province.

Senator Audette: Greetings to my colleague. I'm glad to see you.

Now, my question is for you. Thank you to everyone who has spoken so far.

You mentioned that there are places reserved for First Nations who wish to enter a medical school in Quebec. There are four faculties; I can't speak for the other territories across Canada.

Today we have to say no. There's a lot of demand, and that was negotiated in the context of First Nations self-determination to return to their territories due to lack of staff. Was the purpose of this to suggest that faculties make sure they reserve spaces for a francophone student who lives in Manitoba or British Columbia, in the hope that they'll get a spot or two — I don't know, it's up to you to decide — and that the federal government can support that kind of initiative?

On constate un problème de mobilité en sens inverse. On a environ 80 postes de résidence en médecine familiale par année qui sont laissés vacants au Québec, alors qu'il y a des étudiants dans le reste du Canada qui ne trouvent pas de poste de résidence.

On aurait avantage à accroître l'aspect de la langue française de nos étudiants dans les facultés anglophones pour se donner accès à cette mobilité et diplômer davantage de médecins qui ont des compétences en médecine familiale et dans d'autres spécialités.

Le président : Merci de cette réponse.

Dr Roy : Cela a été bien expliqué. On ne contrôle pas beaucoup la résidence.

Le CNSF a beaucoup exploré la possibilité de subventionner des résidences francophones. C'est assez compliqué et très cher. La résidence est payée par les provinces; c'est un obstacle. C'est aussi un obstacle de retourner les francophones dans leur région; évidemment, ces gens-là ont 25 ou 30 ans.

Il y a un concours à travers le Canada; ils n'ont pas le choix. Ils posent leur candidature et indiquent l'endroit qu'ils souhaitent en priorité, mais ils peuvent se retrouver ailleurs. Souvent, ils rencontrent l'âme sœur et le francophone formé pour retourner au Manitoba va se retrouver à Montréal ou ailleurs. C'est complexe.

Il faudrait deux heures pour en discuter avec des spécialistes, mais ce serait intéressant éventuellement de parler des résidents.

Les médecins sont assez mobiles au Canada; il n'y a pas vraiment d'obstacles. Ce n'est pas très compliqué de travailler dans une autre province.

La sénatrice Audette : Je salue mon collègue — je suis contente de vous voir.

D'ailleurs, ma question s'adresse à vous. Merci à tous ceux et celles qui ont pris la parole jusqu'à maintenant.

Vous avez mentionné qu'il y avait des places réservées pour les Premières Nations qui souhaitent entrer dans une faculté de médecine au Québec. Il y a quatre facultés; je ne peux pas parler pour les autres territoires à travers le Canada.

Aujourd'hui, nous devons dire non. Il y a une grande demande, et cet élément avait été négocié dans le contexte de l'autodétermination des Premières Nations pour qu'elles retournent dans leur territoire à cause du manque d'effectifs. Est-ce que cela visait à proposer que les facultés fassent en sorte de réserver des places pour un étudiant francophone qui habite au Manitoba ou en Colombie-Britannique, dans l'espoir qu'on lui réserve une place ou deux — je ne sais pas, c'est à vous de décider —, et que le gouvernement fédéral puisse soutenir ce genre d'initiative?

I think your measure is good for Quebec, as I see it across Canada. To come back to my original question, is there any hope that this new generation will be able to provide the services to which everyone is entitled, regardless of the language spoken, in this case French?

Dr. Poitras: Yes, Senator Audette. I should point out that quotas also exist for First Nations in other Canadian faculties outside Quebec. My proposal is along those lines, not to reserve a quota for Quebec, but rather in the various English-language faculties. As we were saying earlier, having a quota allows things to be well structured and requires an effort to encourage vocations among students very early in their path, even in high school.

It also means “preparing,” in quotation marks, for their integration into a medical faculty, as well as building a community. As you said, this has been very successful in Quebec. It helps to develop a sense of community among the students, who recognize each other, who can be accompanied by mentors who have followed the same path, and who will persevere in their studies and develop a strong identity and healthy practice within their community. It is also a practice that serves francophone communities, whether in Western Canada, Central Canada or elsewhere.

That's the spirit of our proposal today. My colleagues Anne and Danielle may want to add to my answer.

Ms. Leis: No, I think you've answered the question very well. Sometimes, we have students who speak French, but I think they're afraid of having an additional workload if they study in French or do extracurricular workshops, on top of the curriculum, which is already very demanding.

If there were more legitimacy in doing a course or part of a course in French, I think it would help students adopt the French fact more easily. At the moment, it's often seen as an extra burden. It's nice to have it, but there's no obligation.

Anything we can do to make training more structured, attractive and desirable, for example, with scholarships or incentives, could help.

Senator Audette: Thank you.

The Chair: Dr. Roy, would you like to answer the question?

Dr. Roy: I'll be very quick.

Je trouve que votre mesure est bonne pour le Québec, telle que je la vois à travers le Canada. Pour revenir à ma question initiale, a-t-on espoir que cette relève puisse offrir les services auxquels tout le monde a droit, peu importe la langue que l'on parle, dans ce cas-ci le français?

Dr Poitras : Oui, sénatrice Audette. Je dois préciser que des contingents existent également dans d'autres facultés canadiennes à l'extérieur du Québec pour ce qui est des Premières Nations. Ma proposition va d'ailleurs en ce sens, non pas de réserver un contingent au Québec, mais plutôt dans les différentes facultés anglophones. Comme on le disait plus tôt, le fait d'avoir un contingent permet de bien structurer les choses et demande un effort pour susciter des vocations chez les étudiants et étudiantes très tôt dans leur parcours, même au secondaire.

Cela nécessite également de « préparer », entre guillemets, leur intégration à une faculté de médecine, tout comme la construction d'une communauté. Vous le disiez bien, c'est un beau succès qu'on a au Québec à ce point de vue. Cela permet de développer un esprit de communauté chez les étudiants, qui se reconnaissent entre eux, qui peuvent être accompagnés de mentors qui ont suivi le même cheminement et qui vont davantage persévérer dans leurs études et développer une identité forte et une pratique saine au sein de leur communauté. C'est également une pratique qui permet de servir les communautés francophones, qu'elles se trouvent dans l'Ouest du Canada, au centre ou ailleurs.

Voilà l'esprit de notre proposition d'aujourd'hui. Mes collègues Anne et Danielle voudront peut-être compléter ma réponse.

Mme Leis : Non, je pense que vous avez très bien répondu à la question. Parfois, nous avons des étudiants qui parlent français, mais je crois qu'ils ont peur d'avoir une charge de travail supplémentaire s'ils font des études en français ou des ateliers extracurriculaires, en plus du curriculum, qui est déjà très exigeant.

S'il y avait plus de légitimité à faire une formation ou une partie de sa formation en français, je crois que cela aiderait les étudiants à adopter le fait français plus facilement. Pour l'instant, c'est souvent perçu comme une charge supplémentaire. C'est bien de l'avoir, mais il n'y a aucune obligation.

Tout ce que l'on peut faire pour rendre la formation plus structurée, plus attractive et désirable, par exemple avec des bourses ou des incitatifs, pourrait aider.

La sénatrice Audette : Merci.

Le président : Docteur Roy, vous vouliez répondre à la question?

Dr Roy : Je ferai très court.

As we have shown in New Brunswick — particularly Dr. Aurel Schofield — when people do internships in the regions, they are much more likely to return. The reason is simple. Being a doctor isn't an easy job, and it requires a lot of skills and sensitivity, and if I say to myself that I would like to go back to work in a clinic in the far north without ever having been there before, I won't go, because I'll want to stay safely at home. So we have to think about recruiting in the communities and returning to them. These are key elements that proved so effective in the case of the CNFS.

The Chair: Thank you.

Senator Moncion: I know that at the Northern Ontario School of Medicine, there were designated spaces for Indigenous individuals at the time, but I don't think there were necessarily any for francophones. So, it was for the best, but there were places that were reserved for Indigenous individuals; it worked, because you still had a good recruitment pool.

Do we have designated places in universities outside Quebec? Is that something that universities with medical faculties might think about putting in place in terms of the number of spaces for francophones and Indigenous individuals, with a slightly smaller number for anglophones?

The Chair: Go ahead, Ms. Barbeau-Rodrigue.

Ms. Barbeau-Rodrigue: Thank you very much.

All medical programs are subject to quotas, which means that each university has a limited number of places.

At the NOSM University in northern Ontario, there are only two designated spots for Indigenous candidates. Exceptionally, this year, 13 Indigenous students were admitted. It's the same thing for francophones; the number is limited to 16, but we have 22 francophones who identify as such. So you're right, we don't have designated spaces for francophones, but we have always had a lot more than what was recommended in 2005, when a report produced by the community called for seven spaces. So it's good that we didn't follow that recommendation, because we would still be at seven spots today.

That's the reality at many universities, that places are allocated on a quota basis, and it seems to me that some are assigned to Indigenous students. I obviously don't know all the universities, but they're starting to do the same thing with black candidates to try to balance the proportions in the classes. So this is a phenomenon that we're seeing just about everywhere.

Comme on l'a montré au Nouveau-Brunswick — notamment le Dr Aurel Schofield —, lorsque les gens font des stages en région, ils ont beaucoup plus de chance d'y retourner. La raison est simple. Le métier de médecin n'est pas facile et demande beaucoup d'habiletés et de sensibilité, et si je me dis que je voudrais retourner travailler dans une clinique du Grand Nord sans y être jamais allé auparavant, je n'irai pas, car je voudrai rester en sécurité chez moi. Il faut donc penser à recruter dans les communautés et y retourner. Ce sont d'ailleurs des éléments clés qui se sont avérés dans le cas du CNFS.

Le président : Merci.

La sénatrice Moncion : Je sais que dans le Nord de l'Ontario, à l'École de médecine, il y avait à l'époque des places désignées pour les Autochtones, mais je crois qu'il n'y en avait pas nécessairement pour les francophones. Donc, c'était pour les meilleurs, mais il y avait des places qui étaient réservées aux Autochtones; cela fonctionnait, parce que vous aviez quand même un bon bassin de recrutement.

À l'extérieur du Québec, avons-nous des places désignées dans les universités? Est-ce quelque chose que les universités qui ont des facultés de médecine pourraient penser à mettre en place pour ce qui est du nombre de places pour les francophones et pour les Autochtones, avec un nombre un peu plus limité pour les anglophones?

Le président : Allez-y, madame Barbeau-Rodrigue.

Mme Barbeau-Rodrigue : Merci bien.

Tous les programmes de médecine sont contingentés, ce qui fait que chaque université a un nombre de places limité.

À l'Université de l'EMNO, dans le Nord de l'Ontario, on n'a que deux places désignées pour les candidats autochtones. Exceptionnellement, cette année, 13 étudiants autochtones ont été admis. C'est la même chose pour les francophones; le nombre est contingenté à 16, mais on a 22 francophones qui s'identifient comme tels. Vous avez donc raison : on n'a pas de places désignées pour les francophones, mais on en a toujours eu beaucoup plus que ce qui avait été recommandé en 2005, lorsqu'un rapport produit par la communauté avait réclamé sept places. C'est donc bien que nous n'ayons pas suivi cette recommandation, parce qu'on en serait encore à sept places aujourd'hui.

C'est la réalité dans plusieurs universités : les places sont contingentées et certaines sont assignées, me semble-t-il, aux étudiants autochtones. Je ne connais évidemment pas toutes les universités, mais on commence à procéder de la même façon avec les candidates et les candidats noirs pour essayer d'équilibrer les proportions dans les classes. C'est donc un phénomène que l'on voit un peu partout.

On the francophone side, I see this as an even greater challenge because of the lack of training in French, which means that spaces aren't offered, even though there are francophone students in all the faculties.

The Chair: Thank you.

Senator Moncion: Are there initiatives between French-language universities to have exchanges in medical programs or to obtain expertise?

The University of Sudbury, for instance, offers courses in co-operation with the University of Ottawa, so that students have access to certain courses. Are there any such opportunities, so that universities offering programs in French can also offer programs remotely? Are there partnerships between universities offering medical training programs to exchange good practices in French?

Ms. Leis: Let me give you an example. The medical terminology certificate that we're setting up at the University of Saskatchewan is a partnership with the Cité universitaire francophone de Regina, which will be giving upgrading courses in French, and with the University of Manitoba, with Dr. José François. They do upgrading courses in French and medical terminology with their first and second-year students. We could benefit from some of these workshops.

That's one small example, but generally speaking, in terms of curriculum, I don't think that exists between English-language universities; each has its own program and teaches it.

The Chair: Thank you.

Dr. Poitras: We're starting to collaborate more. There is a difficulty, however, in that provincial systems are isolated from one another, and it's not always easy to exchange students or others. We sometimes come up against certain administrative difficulties, even if there's a willingness to do things. We also have a project at Laval University to expose our students to internships in areas where French is the minority language. We think this will help them develop an understanding of this reality and then integrate it into their practice, and even make them want to invest in a practice in Saskatchewan or Alberta, for example.

Ms. Barbeau-Rodrigue: I would add that in terms of professional training and maintaining the skills of physicians who are already in practice or are residents, there would probably be more exchanges and sharing between provinces and between institutions. I think it would probably be a little easier than with students.

Du côté francophone, j'estime que c'est un plus grand défi encore, en raison du manque de formation en français, ce qui fait en sorte que des places ne sont pas offertes, même s'il y a bel et bien des étudiants francophones dans toutes les facultés.

Le président : Merci.

La sénatrice Moncion : Y a-t-il des initiatives qui se font entre les universités francophones pour avoir des échanges dans les programmes de médecine ou pour obtenir des expertises?

L'Université de Sudbury, par exemple, donne des cours en collaboration avec l'Université d'Ottawa, afin que les étudiants aient accès à certains cours. Y a-t-il ce genre de possibilités, de façon à ce que les universités qui offrent des programmes en français puissent aussi offrir des programmes à distance? Existe-t-il des partenariats entre les universités offrant des programmes de formation en médecine pour faire un échange de bonnes pratiques en français?

Mme Leis : Je répondrai en donnant un exemple. Le certificat de terminologie médicale qu'on est en train de mettre en place à l'Université de la Saskatchewan est un partenariat avec la Cité universitaire francophone de Regina, qui va donner des cours de mise à niveau en français, et avec l'Université du Manitoba, avec le Dr José François. Ils font de la mise à niveau en français et en terminologie médicale avec leurs étudiants de première et deuxième année. On pourrait bénéficier de certains de ces ateliers.

C'est un petit exemple, mais de façon générale, sur le plan du curriculum, je ne pense pas que cela existe entre universités anglophones; chacune a son programme et l'enseigne.

Le président : Merci.

Dr Poitras : On commence à collaborer davantage. Il y a quand même une difficulté, en ce sens que c'est une réalité de systèmes provinciaux isolés les uns des autres, et ce n'est pas toujours facile d'échanger des étudiants ou autres. On se bute parfois à certaines difficultés de nature administrative, même s'il existe une volonté de faire les choses. On a d'ailleurs un projet à l'Université Laval, qui est d'exposer nos étudiants et étudiantes à des stages dans des milieux où la langue française est minoritaire. Nous pensons que cela pourra les aider à développer une connaissance de cette réalité pour l'intégrer ensuite dans leur pratique, et même leur donner envie de s'investir dans une pratique en Saskatchewan ou en Alberta, par exemple.

Mme Barbeau-Rodrigue : J'ajouterais que sur le plan de la formation professionnelle et du maintien des compétences des médecins qui ont déjà leur pratique ou des résidents, il y aurait probablement plus d'échanges et de partage entre provinces et entre institutions. Je pense que ce serait probablement un peu plus facile qu'avec les étudiants.

The Chair: We understand that there are administrative barriers.

Senator Aucoin: I will continue in the same vein with the case of Nova Scotia. I know that the Université de Moncton doesn't accept francophone students from Nova Scotia. It's a new faculty of medicine. There are one or two spots reserved at the University of Ottawa and in Sherbrooke, but to my knowledge, Dalhousie University doesn't have a program in French or any spots reserved for francophones.

As far as I know, there are no exchanges with the University of Ottawa for francophones.

Is there anything to be done in these areas with Canada's English-language universities, which accept our francophone students because there are no other places in Canada?

Dr. Roy: That is a great question. Clearly, we talked about continuing medical education and professional development; this is already something that is more open-ended, where there are already collaborations, whether it be from an educational point of view — with Manitoba, for example, we're doing things like that. However, I think it all works out. If there are professionals in practice who know each other and work together, it will be easier to receive students from other provinces for internships, for example. So if we can encourage these partnerships and sharing in the communities, I think we'll be better off, because that's what we need.

The Chair: Dr. Roy, Dr. Poitras, Ms. Leis, Ms. Barbeau-Rodrigue, thank you very much for your testimony and your answers, which have shown us just how complex it is to reconcile the different realities of medical training in French. Your comments and suggestions will certainly help us in our report.

Thank you for being here this evening. We'll suspend briefly to welcome our next panel.

Colleagues, we will now resume our study on minority-language health services under the theme of telemedicine and new technologies.

We now welcome, in person, from the Competition Bureau, Anthony Durocher, Deputy Commissioner of the Competition Promotion Branch, and Flore Kouadio, Acting Senior Competition Law Officer, Competition Promotion Branch.

By video conference, we have Norma Ponzoni, Associate Professor and Clinical Nurse at McGill University, Facilitator of the Telehealth Program at the University of Moncton, and

Le président : On comprend bien qu'il y a des barrières administratives.

Le sénateur Aucoin : Je continue dans la même veine avec le cas de la Nouvelle-Écosse. Je sais que l'Université de Moncton n'accepte pas d'étudiants francophones de la Nouvelle-Écosse. C'est une nouvelle faculté de médecine. Il y a une ou deux places réservées à l'Université d'Ottawa et à Sherbrooke, mais à ma connaissance, l'Université Dalhousie n'a pas de programme en français ni de places réservées pour les francophones.

À ma connaissance, il n'y a pas d'échanges avec l'Université d'Ottawa pour les francophones.

Est-ce qu'il y aurait des choses à faire dans ces domaines avec les universités anglophones du Canada qui accueillent nos étudiants francophones parce qu'il n'y a pas d'autres places ailleurs au Canada?

Dr Roy : C'est une grande question. C'est clair, on a parlé de formation médicale continue et de développement professionnel; c'est déjà quelque chose qui est plus décloisonné, où il y a déjà des collaborations, que ce soit du point de vue éducatif — avec le Manitoba, par exemple, on fait des choses comme celles-là. Mais je pense que tout se tient. S'il y a des professionnels en pratique qui se connaissent et collaborent, ce sera plus facile ensuite de recevoir des étudiants d'autres provinces pour faire des stages, par exemple. Donc, si on peut encourager ces partenariats et le partage dans les communautés, je pense qu'on sera gagnant, parce que c'est ce dont on a besoin.

Le président : Docteur Roy, docteur Poitras, madame Leis, madame Barbeau-Rodrigue, merci beaucoup de vos témoignages et de vos réponses, qui nous ont bien montré la complexité d'arrimer les différentes réalités en matière de formation médicale en français. Vos commentaires et vos suggestions vont certainement nous aider dans notre rapport.

Merci de votre présence ce soir. Nous allons suspendre brièvement la séance, le temps d'accueillir nos prochains témoins.

Chers collègues, nous reprenons maintenant nos travaux pour poursuivre notre étude sur les services de santé dans la langue de la minorité, sous le thème de la télémédecine et des nouvelles technologies.

Nous accueillons maintenant en présentiel, du Bureau de la concurrence, M. Anthony Durocher, sous-commissaire de la Direction générale de la promotion de la concurrence, et Mme Flore Kouadio, agente principale du droit de la concurrence par intérim à la Direction générale de la promotion de la concurrence.

Nous accueillons également par vidéoconférence Mme Norma Ponzoni, professeure agrégée et infirmière clinicienne à l'Université McGill, facilitatrice du Programme de télémédecine

Chadia Kombo, Assistant to the Director of the Clinical and Academic Computerization Division of the Centre hospitalier at the Université de Montréal and Head of the Telehealth Coordination Centre for the RUISSS territory, Université de Montréal, Réseau québécois de la télésanté.

You all have pretty important titles; we're looking forward to hearing what you have to say.

[*English*]

Welcome, and thank you for joining us this evening. Let's start with your opening remarks, to be followed by questions from senators.

[*Translation*]

Ms. Kouadio, the floor is yours.

Flore Kouadio, Acting Senior Competition Law Officer, Competition Promotion Branch, Competition Bureau Canada: Good morning, Mr. Chair and ladies and gentlemen of the committee. I thank you for inviting us to appear before you today.

[*English*]

I would like to begin by acknowledging that I am addressing you today on the traditional, unceded territory of the Algonquin Anishinaabe people.

[*Translation*]

My name is Flore Kouadio, and I am an Acting Senior Competition Law Officer with the Competition Bureau's Policy, Planning and Advocacy Directorate. With me today is Anthony Durocher, Deputy Commissioner of the Competition Promotion Branch.

[*English*]

The bureau is an independent law enforcement agency that protects and promotes competition for the benefit of Canadian consumers and businesses. We do this work because competition drives lower prices and innovation while fuelling economic growth.

[*Translation*]

We administer and enforce the Competition Act. We investigate and take action against anti-competitive business practices, including price fixing, deceptive trade practices and abuse of dominance. We also review mergers to ensure they do not substantially harm competition. Finally, we promote policies and regulations that foster competition.

de l'Université de Moncton, ainsi que Mme Chadia Kombo, adjointe à la directrice à la Direction de l'informatisation clinique et académique du Centre hospitalier à l'Université de Montréal et gestionnaire du Centre de coordination de la télésanté pour le territoire du RUISSS de l'Université de Montréal, Réseau québécois de la télésanté.

Vous avez tous des titres assez importants; on a très hâte de vous entendre.

[*Traduction*]

Je vous souhaite la bienvenue, et je vous remercie de vous être joints à nous ce soir. Commençons par vos remarques préliminaires, qui seront suivies des questions des sénateurs.

[*Français*]

Madame Kouadio, la parole est à vous.

Flore Kouadio, agente principale du droit de la concurrence par intérim, Direction générale de la promotion de la concurrence, Bureau de la concurrence Canada : Bonjour, monsieur le président et mesdames et messieurs les membres du comité. Je vous remercie de nous avoir invités à témoigner devant vous aujourd'hui.

[*Traduction*]

J'aimerais commencer par reconnaître que je m'adresse à vous aujourd'hui sur le territoire traditionnel et non cédé du peuple algonquin anishinabé.

[*Français*]

Je m'appelle Flore Kouadio et je suis agente principale du droit de la concurrence par intérim à la Direction de la politique, de la planification et de la promotion, Direction générale de la promotion de la concurrence, Bureau de la concurrence Canada. Je suis accompagnée aujourd'hui d'Anthony Durocher, sous-commissaire, Direction générale de la promotion de la concurrence.

[*Traduction*]

Le Bureau est un organisme indépendant d'application de la loi qui protège la concurrence et en fait la promotion au profit des entreprises et des consommateurs canadiens. Nous faisons ce travail parce que la concurrence favorise la baisse des prix et l'innovation tout en alimentant la croissance économique.

[*Français*]

Nous assurons et contrôlons l'application de la Loi sur la concurrence. Nous menons des enquêtes et luttons contre les pratiques commerciales anticoncurrentielles, notamment la fixation des prix, les pratiques commerciales trompeuses et l'abus de position dominante. Nous examinons également les fusions pour nous assurer qu'elles ne nuisent pas sensiblement à

In July 2020, the bureau launched a market study of the health care sector in Canada, focusing on how to support digital health services through policies that promote competition. These policies can drive innovation, increase choice and expand access to digital health services across the country.

[English]

Following a public consultation, the bureau identified three main areas of study.

The first one is data and information. The bureau examined ways to improve access, use and sharing of digital medical data and information, including considering how their exchange and interoperability can improve the competitive landscape and accelerate the development and adoption of digital health services.

[Translation]

The second area of the study is goods and services. The bureau examined issues related to the development, approval, procurement and marketing of digital goods and services.

The third area of study concerns health care providers. The bureau examined the capacity of health care providers to deliver digital care to patients and more specifically issues related to billing codes, compensation, licensing and scope of practice.

[English]

It is important to note that the use of official languages in the health sector was not a subject of study.

[Translation]

The bureau's mandate is limited to protecting and promoting competition. However, a competitive market requires businesses to adapt to the needs of consumers, which may include the languages in which they offer their services.

This leads to more patient-centred health care.

[English]

Before answering your questions, I would like to say that the law requires that the bureau conducts its investigations in private and protect the confidentiality of the information we obtain. This

la concurrence. Enfin, nous faisons la promotion de politiques et de règlements qui favorisent la concurrence.

En juillet 2020, le bureau a lancé une étude de marché sur le secteur des soins de santé au Canada, dont l'objectif était d'examiner la façon de soutenir les services de santé numériques grâce à des politiques favorisant la concurrence. Ces politiques peuvent stimuler l'innovation, accroître le choix et élargir l'accès aux services de santé numériques à travers le pays.

[Traduction]

À la suite d'une consultation publique, le Bureau a relevé trois grands sujets d'étude.

Le premier est celui des données et des renseignements. Le Bureau a examiné les façons d'améliorer l'accès, l'utilisation et l'échange des données et de renseignements médicaux numériques, notamment en considérant la façon dont leur échange et interopérabilité peuvent améliorer le paysage concurrentiel et accélérer le développement et l'adoption des services de santé numérique.

[Français]

Le deuxième sujet d'étude concernait les produits et services. Le Bureau de la concurrence a examiné les enjeux touchant au développement, aux approbations, à l'approvisionnement et à la commercialisation des produits et services numériques.

Le troisième sujet d'étude concernait les fournisseurs de soins de santé. Le Bureau de la concurrence a examiné la capacité des fournisseurs de soins de santé à offrir des soins numériques aux patients et, plus spécifiquement, les enjeux liés aux codes de facturation, à la rémunération, à l'autorisation d'exercer et au champ de pratique.

[Translation]

Il importe de noter que l'utilisation des langues officielles dans le secteur de la santé n'a pas fait l'objet d'un sujet d'étude.

[Français]

Le mandat du Bureau de la concurrence se limite à la protection et à la promotion de la concurrence. Toutefois, un marché concurrentiel oblige les entreprises à s'adapter aux besoins des consommateurs, ce qui peut inclure les langues officielles dans lesquelles ces entreprises offrent leurs services.

Tout cela mène à des soins de santé qui sont axés davantage sur le patient.

[Traduction]

Avant de répondre à vos questions, je tiens à préciser que la loi oblige le Bureau à mener ses enquêtes en privé et à protéger la confidentialité des renseignements que nous obtenons. Cette

obligation could prevent us from discussing some of our current and previous investigations.

[*Translation*]

I would like to thank the committee again for the opportunity to appear here today. We will be pleased to answer your questions.

The Chair: Thank you for your opening remarks.

[*English*]

Norma Ponzoni, Facilitator, Telehealth Program, University of Moncton: Thank you.

Good evening, distinguished senators and colleagues. I have been invited to share my experience as a nurse educator and frontline health care worker in Quebec. I have been a nurse for 26 years, and I am currently an associate professor at McGill University and a nurse clinician at the McGill University Health Centre. In order to situate myself in this conversation, I would also like to disclose that my mother tongue is French.

For Canadians, navigating a health care system where clinicians do not speak their language can be intimidating, fear inducing and, in some cases, life-threatening. Today I'll present three key recommendations for your consideration.

First, fully consider the effect of new policy changes. In Quebec, there are a number of new political decisions that will likely prove to be harmful to its minority English-speaking community. An example is the recent establishment of santé Québec as a central administrative body for health care management. While this is a well-intentioned strategy to ensure better resource allocation, in reality, this kind of policy does not take our complex fabric into account. The assumption that any health care provider can be switched out to an area where there are service gaps does not take into consideration language proficiency or the professional expertise that has been developed over time in working with particular communities or cultures. As we know, care is relational. Severing these relationships for the sake of mobility can be harmful to the establishment of trust.

Another example is Bill 96, which limits the use of English in certain health care contexts with the office de la Langue française conducting audits to ensure that French is spoken in the workplace. While the protection of the French language is laudable, forcing clinicians to communicate in French in traditionally English-speaking institutions where French is likely a second language to both parties is illogical. More importantly, it is taxing and anxiety provoking for overworked clinicians that

obligation pourrait nous empêcher de discuter de certaines de nos enquêtes actuelles et antérieures.

[*Français*]

J'aimerais remercier de nouveau le comité de nous avoir donné l'occasion de comparaître ici aujourd'hui. Nous serons heureux de répondre à vos questions.

Le président : Merci pour vos remarques liminaires.

[*Traduction*]

Norma Ponzoni, facilitatrice, Programme de télésanté, Université de Moncton : Je vous remercie.

Bonsoir, distingués sénateurs et collègues. J'ai été invitée à partager mon expérience en tant qu'infirmière enseignante et travailleuse de la santé de première ligne au Québec. J'ai été infirmière pendant 26 ans, et je suis actuellement professeure agrégée à l'Université McGill et infirmière clinicienne au Centre universitaire de santé McGill. Afin de me situer dans cette conversation, j'aimerais également préciser que ma langue maternelle est le français.

Pour les Canadiens, s'orienter dans un système de santé où les médecins ne parlent pas leur langue peut être intimidant, susciter des craintes et, dans certains cas, mettre leur vie en danger. Aujourd'hui, je vous soumets trois recommandations clés.

Tout d'abord, il convient d'examiner attentivement les effets des nouveaux changements apportés aux politiques. Au Québec, un certain nombre de nouvelles décisions politiques risquent d'être préjudiciables à la communauté minoritaire anglophone. Un exemple est la création récente de Santé Québec, un organe administratif central pour la gestion des soins de santé. Bien qu'il s'agisse d'une stratégie bien intentionnée visant à assurer une meilleure répartition des ressources, en réalité, ce type de politique ne tient pas compte de la complexité de notre tissu. L'hypothèse selon laquelle n'importe quel prestataire de soins de santé peut être transféré dans une région où il y a des coupures de services ne tient pas compte des compétences linguistiques ou de l'expertise professionnelle développée au fil du temps dans le travail avec des communautés ou des cultures particulières. Comme nous le savons, prodiguer des soins, c'est entrer en relation. Rompre ces relations au nom de la mobilité peut nuire à l'établissement de la confiance.

Un autre exemple est le projet de loi 96, qui limite l'utilisation de l'anglais dans certains contextes de soins de santé, et qui demande à l'Office de la langue française d'effectuer des vérifications pour s'assurer que le français est parlé au travail. Si la protection de la langue française est louable, il est illogique d'obliger les médecins à communiquer en français dans des établissements traditionnellement anglophones où le français est probablement la deuxième langue des deux parties. Plus

have already proven their French-language proficiency to obtain licensure.

I recommend that federal funding be attached to the obligation to consider and mitigate the impact of such policies on the linguistic minority — be that French or English — depending on province.

Second, ensuring the training of health care providers in the language of the linguistic minority. When health care providers are able to communicate with patients in their preferred language, it directly impacts quality of care and overall health outcomes. Moreover, it improves patient safety by reducing misunderstandings and errors. Patients are more likely to share crucial details about their symptoms, medical history and concerns in their preferred language. Sadly, in Quebec, according to Statistics Canada, 40% of health care workers in Montreal and 60% of providers in the rest of the province could not hold a conversation in English.

My personal recommendation here is twofold. First, provide funding for language training to all health care students and providers to ensure that there is adequate proficiency in French and English in provinces such as Quebec, New Brunswick and Manitoba where there are pockets of English or French being spoken by a minority. Second, given the importance of clinical training to the formation of health professionals, consider protecting certain hospitals, clinics and health and social service systems as the training ground for programs offered in the language of the linguistic minority.

Third, fund multilingual resources. We must recognize that millions of Canadians speak neither French nor English as their first language. Offering professional interpretation services, digital translation systems and translating essential health care documents into the most widely spoken languages within a given community would contribute to creating more welcoming environments for all patients. These measures must be available in all health care settings from urban hospitals to rural clinics and Indigenous health centres.

My recommendation here is that the federal government ensure adequate funding for the translation of health-related websites, teaching materials such as pamphlets and posters, manuals that accompany medical equipment, et cetera, and create incentives for this to be done systematically.

In conclusion, the measures I recommend will contribute to a more inclusive and fair health care system for all. Thank you.

important encore, il s'agit d'une charge de travail et d'une source d'anxiété pour les médecins surchargés qui ont déjà prouvé leur maîtrise du français pour obtenir leur permis d'exercice.

Je recommande qu'un financement fédéral accompagne l'obligation de prendre en compte et d'atténuer l'effet de ces politiques sur la minorité linguistique — qu'il s'agisse du français ou de l'anglais — selon la province.

Deuxièmement, il faut assurer la formation des prestataires de soins de santé dans la langue de la minorité linguistique. Lorsque les prestataires de soins de santé sont en mesure de communiquer avec les patients dans la langue de leur choix, cela a un impact direct sur la qualité des soins et les résultats globaux en matière de santé. En outre, cela améliore la sécurité des patients en réduisant les malentendus et les erreurs. Les patients sont plus enclins à partager des détails cruciaux sur leurs symptômes, leurs antécédents médicaux et leurs préoccupations dans la langue qu'ils préfèrent. Malheureusement, au Québec, selon Statistique Canada, 40 % des professionnels de la santé à Montréal et 60 % des prestataires dans le reste de la province ne peuvent tenir une conversation en anglais.

Voici ce que je vous recommande personnellement. Premièrement, il faut financer la formation linguistique de tous les étudiants en santé et fournisseurs de soins de santé afin d'assurer une maîtrise adéquate du français et de l'anglais dans les provinces comme le Québec, le Nouveau-Brunswick et le Manitoba, où l'anglais ou le français sont parlés par une minorité. D'autre part, compte tenu de l'importance de la formation clinique pour les professionnels de la santé, il faut considérer certains hôpitaux, cliniques et systèmes de santé et de services sociaux comme des lieux d'entraînement pour les programmes offerts dans la langue de la minorité linguistique.

En troisième lieu, il faut financer les ressources en différentes langues. Nous devons reconnaître que des millions de Canadiens n'ont ni le français ni l'anglais comme langue maternelle. Offrir des services d'interprétation professionnels, des systèmes de traduction numérique et une traduction des documents de santé essentiels dans les langues les plus couramment parlées au sein d'une communauté donnée contribuerait à créer des environnements plus accueillants pour tous les patients. Ces mesures doivent être offertes dans tous les établissements de santé, des hôpitaux urbains aux cliniques rurales en passant par les centres de santé autochtones.

Je recommande au gouvernement fédéral de financer adéquatement la traduction des sites Web en santé, du matériel pédagogique tel que les brochures et les affiches, des manuels qui accompagnent les équipements médicaux, et ainsi de suite.

En conclusion, les mesures que je recommande contribueront à créer un système de soins de santé plus inclusif et plus équitable pour tous. Je vous remercie.

The Chair: Thank you, Ms. Ponzoni, for your very clear statement.

[*Translation*]

Chadia Kombo, Head, Telehealth Coordination Centre for the RUISSS territory, University of Montreal, Réseau québécois de la télésanté: Good afternoon. Honourable senators, I'm pleased to speak to you today on behalf of the Réseau québécois de la télésanté. Our network brings together telehealth respondents from Quebec's 34 health care institutions, as well as telehealth coordination centres.

The Réseau québécois de la télésanté plays an essential role in the development and implementation of telehealth services in Quebec. As manager of the Telehealth Coordination Centre for the RUISSS territory of the University of Montreal, I am particularly invested in this undertaking.

In Quebec, telehealth is defined as all health and social services activities offered remotely thanks to information and communication technologies. It greatly facilitates access to care, thanks to personalized and appropriate follow-up for patients at home in real time, and it also reduces the length of hospital stays by encouraging patient autonomy and giving them the tools and knowledge they need to manage their own health.

Telehealth enables patients to stay at home; it improves their quality of life by preserving their social ties and saving them money.

It's crucial to point out that language barriers represent a major obstacle for some patients. Telehealth language barriers can not only limit access to services, but also compromise quality of care and patient satisfaction. Language barriers can have detrimental consequences on the quality of care, and these impacts are magnified in the context of telehealth.

In the context of telehealth patients are often asked to take responsibility for part of their care, for example by taking health samples themselves, such as blood sugar levels for diabetes, which is a chronic disease. They may also be asked to adjust their own treatment according to their symptoms. If the instructions are not understood, the patient may not adopt the right behaviours, and put his or her health at risk.

Mutual understanding between the health care professional and patient is a pillar of the therapeutic relationship.

Le président : Madame Ponzoni, je vous remercie pour votre déclaration très claire.

[*Français*]

Chadia Kombo, gestionnaire, Centre de coordination de la télésanté pour le territoire du RUISSS de l'Université de Montréal, Réseau québécois de la télésanté : Bonjour. Honorables sénateurs et sénatrices, je suis heureuse de m'adresser à vous aujourd'hui au nom du Réseau québécois de la télésanté. Notre réseau regroupe des répondants télésanté des 34 établissements de santé du Québec, ainsi que les centres de coordination de la télésanté.

Le Réseau québécois de la télésanté joue un rôle essentiel dans le développement et la mise en œuvre de services de télésanté au Québec. En tant que gestionnaire du Centre de coordination de la télésanté du territoire du RUISSS de l'Université de Montréal, je suis particulièrement investie dans cette thématique.

Au Québec, la télésanté est définie comme l'ensemble des activités de santé et de services sociaux offertes à distance grâce aux technologies de l'information et de la communication. Elle facilite grandement l'accès aux soins, grâce à un suivi personnalisé et adéquat pour les patients à domicile en temps réel, et elle réduit également la durée des hospitalisations en encourageant l'autonomie des patients et en leur donnant les outils et les connaissances nécessaires pour gérer leur propre santé.

La télésanté permet aux patients de rester à domicile; elle améliore leur qualité de vie en préservant leurs liens sociaux et en leur faisant économiser de l'argent.

Il est crucial de souligner que les barrières linguistiques représentent un obstacle majeur pour certains patients. Les barrières linguistiques en télésanté peuvent non seulement limiter l'accès aux services, mais aussi compromettre la qualité des soins et la satisfaction des patients. Les barrières linguistiques peuvent avoir des conséquences néfastes sur la qualité des soins, et ces impacts sont amplifiés dans le contexte de la télésanté.

Dans le cadre de la télésanté, le patient est souvent amené à prendre en charge une partie de ses soins, par exemple en effectuant lui-même des prélèvements de santé, comme la glycémie pour le diabète, qui est une maladie chronique. Il peut être amené à ajuster lui-même son traitement selon ses symptômes. Si les instructions ne sont pas comprises, le patient risque de ne pas adopter les bons comportements et de mettre sa santé en péril.

La compréhension mutuelle entre le professionnel de la santé et le patient est un pilier de la relation thérapeutique.

Telehealth offers many online resources, but these resources must be accessible to all. Patients who are not fluent in the official language may have difficulty navigating these platforms and finding the information they need. This limits their power to act and their feeling of being a player in their own health. Linguistic misunderstandings can also lead to misdiagnoses, which can have serious consequences for patients' health. Poor communication can lead to treatment non-adherence, reducing the effectiveness of care.

So, the recommendations I want to make today would include having real-time interpretation services to ensure fluid, personalized communication during virtual consultations and promote better understanding of the patient's needs and appropriate adaptation of care.

However, it is essential to ensure that interpretation services comply with medical data confidentiality and security standards. Telehealth platforms should be equipped with integrated interpretation functionalities. This would facilitate access to this service for both patients and health care professionals.

Establishments should also be able to produce information documents; these should be clear, precise and concise in the different languages, to enable patients to better understand their condition, follow their treatment and make informed decisions about their health.

Online resources should be updated regularly to ensure that they meet the specific needs of each language community.

Thank you.

The Chair: Thank you for your statement. We're ready to move on to questions and answers from senators and witnesses.

Senator Mégie: My question is for Ms. Kombo, but I thank all the witnesses for coming to help us with our study today.

How long has telehealth officially existed in Quebec? At one point, there were doctors who wanted to use it, but this was long before COVID-19 and it was really difficult, because the Collège des médecins du Québec refused. How long has it been openly accepted?

Ms. Kombo: Telehealth has officially been around for quite a long time, but indeed, we've seen an acceleration in the use of telehealth services since COVID-19, particularly teleconsultation. Doctors have become very involved in these services, offering care to patients who need it. Since the health

La télésanté offre de nombreuses ressources en ligne, mais ces ressources doivent être accessibles à tous. Un patient qui ne maîtrise pas la langue officielle peut avoir du mal à naviguer sur ces plateformes et à trouver l'information dont il a besoin. Cela limite son pouvoir d'agir et son sentiment d'être acteur de sa santé. Les malentendus linguistiques peuvent aussi mener à des diagnostics erronés, ce qui peut avoir des conséquences graves sur la santé des patients. La communication, lorsqu'elle est mauvaise, peut entraîner une non-adhésion au traitement et réduire ainsi l'efficacité des soins.

Donc, les recommandations que je veux faire aujourd'hui seraient notamment d'avoir des services d'interprétation en temps réel pour assurer une communication fluide et personnalisée lors des consultations virtuelles et favoriser une meilleure compréhension des besoins du patient et une adaptation des soins en conséquence.

Toutefois, il est essentiel de faire en sorte que les services d'interprétation respectent les normes de confidentialité et de sécurité des données médicales. Des plateformes de télésanté devraient être équipées de fonctionnalités d'interprétation intégrée. Cela faciliterait l'accès à ce service pour les patients et les professionnels de la santé.

Il faudrait également que les établissements puissent produire des documents d'information; ces derniers devraient être clairs, précis et concis dans les différentes langues, afin de permettre aux patients de mieux comprendre leur condition, de suivre leur traitement et de prendre des décisions éclairées sur leur santé.

Les ressources en ligne devraient être mises à jour régulièrement pour faire en sorte qu'elles répondent aux besoins spécifiques de chaque communauté linguistique.

Je vous remercie.

Le président : Merci de votre déclaration. Nous sommes prêts à passer à la période des questions et des réponses des sénateurs et des témoins.

La sénatrice Mégie : Ma question s'adresse à Mme Kombo, mais je remercie tous les témoins de venir nous aider avec notre étude aujourd'hui.

Depuis combien de temps la télésanté au Québec existe-t-elle officiellement? À un certain moment, il y a des médecins qui voulaient l'utiliser, mais c'était bien longtemps avant la COVID-19 et c'était vraiment difficile, car le Collège des médecins du Québec refusait. Depuis combien de temps est-elle acceptée ouvertement?

Mme Kombo : La télésanté existe officiellement depuis assez longtemps, mais effectivement, on a vu une accélération de l'utilisation des services de télésanté depuis la COVID-19, notamment la téléconsultation. Les médecins ont beaucoup embarqué dans ces services et ont offert des soins aux patients

emergency was lifted, we've seen a decline in the use of technology to provide patient care.

Senator Mégie: So you did you notice a drop after COVID-19?

Ms. Kombo: Yes, there was a big drop then.

Senator Mégie: Are you aware of how doctors are paid for consultations? That used to be the criticism that explained why they didn't want to use it.

Ms. Kombo: Exactly. Currently, physicians are paid for teleconsultations through RAMQ; they are also paid for teleinterpretation. For example, radiologists who interpret scans or radiology scans are paid according to the number they examine. That's how they're paid. I know there are discussions about doctors getting paid for deferred-time teleconsultation. There's a difference between real-time teleconsultation, which we're talking about today, which is recognized teleconsultation, but there were also aspects of deferred-time teleconsultation that posed a problem in terms of remuneration. Last I heard, this should be resolved soon.

Senator Mégie: Thank you. I have one last quick question.

With regard to respect, although you know that there is good respect for confidentiality standards relating to patients' personal data.... I don't know how we can go about respecting the standards, especially if we need interpretation; in Quebec we might need interpretation in English for English-speaking communities.

I don't know if you're the only one or if others could speak to us about privacy standards in this regard.

Ms. Kombo: Some establishments, at least in the territory I manage a little, had set up interpretation services during the COVID-19 pandemic. In fact, this was a really essential service, and they made agreements concerning this. When we have establishments that would like to extend this kind of service in our network, we put them in touch so that they can develop it in the same way as it has been developed in other facilities.

That's the way we do it, but we've heard that these interpretation services are expensive, because these people have to be available 24/7, because you never know when a person will need this service. Some establishments have had to cut back on these services and use technologies that provide real-time interpretation. We know that on Teams or Zoom, this service could be developed, but it requires an investment.

qui en avaient besoin. Depuis que l'urgence sanitaire a été levée, on remarque une baisse de l'utilisation des technologies pour offrir des soins aux patients.

La sénatrice Mégie : Vous avez remarqué une baisse après la COVID-19, finalement?

Mme Kombo : Oui, il y a eu une grosse baisse à ce niveau.

La sénatrice Mégie : Êtes-vous au courant de la façon dont les médecins sont payés pour les consultations? C'était le reproche que l'on faisait avant et qui faisait qu'ils ne voulaient pas l'utiliser.

Mme Kombo : Tout à fait. Actuellement, les médecins sont payés pour les téléconsultations par l'intermédiaire de la RAMQ; ils sont également payés pour la téléinterprétation. Par exemple, les radiologues qui interprètent des scans ou des scans de radiologie sont payés selon le nombre qu'ils examinent. C'est comme ça qu'ils sont rémunérés. Je sais qu'il y a des discussions pour que les médecins puissent être payés pour la téléconsultation à temps différé. Il y a une différence entre la téléconsultation en temps réel, dont on parle aujourd'hui, qui est une téléconsultation reconnue, mais il y avait aussi des éléments de téléconsultation en temps différé qui posaient problème sur le plan de la rémunération. Aux dernières nouvelles, cela devrait se régler bientôt.

La sénatrice Mégie : Merci. J'ai une dernière petite question.

Par rapport au respect, bien que vous sachiez qu'il y a un bon respect des normes de confidentialité vis-à-vis des données personnelles des patients... Je ne sais pas comment on peut s'y prendre pour respecter les normes, surtout si on a besoin d'interprétation; au Québec on aurait peut-être besoin d'interprétation en anglais pour les communautés anglophones.

Je ne sais pas si vous êtes la seule ou si d'autres pourraient nous parler des normes de confidentialité à ce niveau.

Mme Kombo : Certains établissements, en tout cas dans le territoire que je gère un peu, avaient mis en place des services d'interprétation au moment de la COVID-19. Effectivement, c'est un service qui a été vraiment essentiel et ils ont fait des accords à ce niveau. Lorsqu'on a des établissements qui voudraient prolonger ce genre de service dans notre réseau, on les met en communication pour qu'ils puissent le développer de la même façon dont cela a été développé dans les autres établissements.

C'est de cette façon qu'on le fait, mais on a entendu dire que ces services d'interprétation coûtent cher, parce que ce sont des personnes qui doivent être disponibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, parce qu'on ne sait jamais quand une personne aura besoin de ce service. Certains établissements ont dû diminuer l'offre de ces services et utilisent des technologies qui font de l'interprétation en temps réel. On sait que sur Teams ou Zoom,

Senator Mégie: Thank you very much.

[English]

The Chair: Ms. Ponzoni, you spoke about certain barriers coming from the provincial legislation. Would you consider that new technologies could better respect patients' language rights? You didn't speak about that. In Quebec, for example, would the new technologies serve the issues that you raised?

Ms. Ponzoni: New technologies such as?

The Chair: For translation, for example, to ensure that you have services so that English-speaking Quebecers could be served in their language. What is your point of view about the use of new technologies, and, if it is relevant, what can the federal government do to help that?

Ms. Ponzoni: I did talk about the digital translation devices that have been shown to be effective in helping clinicians offer care or to discuss and have a conversation with patients in the situation of a linguistic minority. The problem is when clinicians have very little or no proficiency, for example, in English, it is hard to tell if the translation that is being offered by a device is correct or not. I would hesitate to be solely reliant on a device when I couldn't really tell the reliability of what is being said.

The Chair: Are there certain regions in Quebec that services in English are more difficult than others?

Ms. Ponzoni: Even on the Island of Montréal, often we have to refer our patients to community care services, or CLSCs, in a particular region, in the east of the island, for example, where English services aren't necessarily guaranteed or clinicians will really have a hard time addressing English patients' needs.

The Chair: Thank you for those answers.

[Translation]

Senator Moncione: My question is for Competition Bureau Canada.

I'd like to talk about medical records. I think you mentioned them when you talked about digital information sharing. I know that, for example, doctors who have all kinds of scans and follow-ups done are the owners, if you will, of all the tests they've had done for their patients, unless I'm mistaken.

ce service pourrait être développé, mais cela demande un investissement.

La sénatrice Mégie : Merci beaucoup.

[Traduction]

Le président : Madame Ponzoni, vous avez parlé de certaines barrières issues de la législation provinciale. Considérez-vous que les nouvelles technologies pourraient mieux respecter les droits linguistiques des patients? Vous n'en avez pas parlé. Au Québec, par exemple, les nouvelles technologies régleraient-elles les enjeux que vous avez soulevés?

Mme Ponzoni : De quelles nouvelles technologies parlez-vous?

Le président : Je pense notamment à la traduction, pour vous assurer que vous avez des services permettant aux Québécois anglophones d'être servis dans leur langue. Quel est votre point de vue sur l'utilisation des nouvelles technologies et, si c'est pertinent, que peut faire le gouvernement fédéral à cet effet?

Mme Ponzoni : J'ai parlé des dispositifs de traduction numérique qui se sont avérés efficaces pour aider les médecins cliniciens à offrir des soins ou à discuter avec les patients en situation de minorité linguistique. Le problème est que lorsque les cliniciens ne maîtrisent pas ou très peu l'anglais, par exemple, il est difficile de savoir si la traduction proposée par un dispositif est correcte ou non. J'hésiterais à me fier uniquement à un dispositif dont je ne pourrais pas vraiment juger la fiabilité de ce qui est dit.

Le président : Y a-t-il certaines régions du Québec où les services en anglais sont plus difficiles à obtenir que d'autres?

Mme Ponzoni : Même sur l'île de Montréal, nous devons souvent référer nos patients à des services de soins communautaires, ou CLSC, dans une région particulière comme l'est de l'île, où les services en anglais ne sont pas nécessairement garantis ou les médecins auront vraiment de la difficulté à répondre aux besoins des patients anglophones.

Le président : Je vous remercie pour ces réponses.

[Français]

La sénatrice Moncione : Ma question s'adresse au Bureau de la concurrence Canada.

Je voudrais parler des dossiers médicaux. Je pense que vous en avez parlé quand vous avez évoqué le partage d'information numérique. Je sais que, par exemple, les médecins qui font faire toutes sortes de scans et de suivis sont propriétaires, si l'on veut, de tous les tests qu'ils ont fait faire pour leurs patients, à moins que je ne me trompe.

Personally, at the moment, the only information I have access to is blood test results. With the company I deal with, LifeLabs, that's the only information I have at the moment, and my doctor receives the results of all the other tests. So if I go to another city and have an emergency there, I'll probably have to take all those tests again, whereas if I had access to my medical records in one place, doctors could see how recent the information is. I'd like to hear from you about the competition that exists between doctors over ownership of all these tests.

Ms. Kouadio: In our first report, we addressed the issue of sharing digital health data and information. Sharing can take place between health care professionals, but also between doctor and patient. One of our recommendations was to facilitate data sharing. The competition we found at the time of our market research revealed that 86% of family physicians providing primary care services were collecting and using electronic medical records, but only 25% were sharing information.

Our recommendation in the first report was to have measures that would facilitate information sharing between patients and physicians and also between physicians. One of the aspects to consider is that, at the time of the study, there were mainly three companies designing and producing these systems: TELUS Health, QHR Technologies and WELL Health Technologies Corp. were the most dominant on the market.

Through pro-competitive policies that would facilitate data sharing between patients, physicians and the various systems that health care providers use, it would be possible for new companies to enter the market more easily.

Senator Moncion: As for banking, financial institutions want to keep their customers' information and don't want to share anything, but laws have been passed so that we have open banking systems, where all a person's financial information belongs to them and they can choose to share with the financial institution of their choice. I'd like to hear what you have to say about this concept.

I understand you're with Competition Bureau Canada. I don't know if this still exists, but is it something that could be regulated and implemented in the Canadian health care system?

Anthony Durocher, Deputy Commissioner, Competition Promotion Branch, Competition Bureau Canada: It's a very interesting parallel with banking. On the one hand, data exchange promotes competition and innovation, but we must always recognize that this must be done securely and effectively to protect confidential information. If we look at both medical

Personnellement, pour l'instant, les seules informations auxquelles j'ai accès sont les résultats des prises de sang. Avec l'entreprise avec laquelle je fais affaire, LifeLabs, c'est la seule information que je peux avoir actuellement, et mon médecin reçoit les résultats de tous les autres tests. Donc, si je change de ville et si j'ai une urgence dans une autre ville, je devrai probablement repasser tous ces tests, alors que si j'avais accès à mon dossier médical à un seul endroit, les médecins pourraient voir de quand datent les informations. Je voudrais vous entendre sur la concurrence qui existe entre les médecins par rapport à la propriété de tous ces tests.

Mme Kouadio : Dans notre premier rapport, nous avons abordé la question du partage des données et des renseignements de la santé numérique. Le partage peut se faire entre professionnels de la santé, mais également entre le médecin et le patient. L'une de nos recommandations était de faciliter le partage de données. La concurrence que nous avons constatée au moment de notre étude de marché a révélé que 86 % de médecins de famille qui offrent des services de soins primaires collectaient et utilisaient les dossiers médicaux électroniques, mais seulement 25 % partageaient les informations.

Notre recommandation, dans le premier rapport, était d'avoir des mesures qui faciliteraient le partage d'information entre patients et médecins et également entre médecins. L'un des aspects à considérer, c'est que, à l'époque de l'étude, il y avait surtout trois entreprises qui concevaient et produisaient ces systèmes : TELUS Santé, QHR Technologies et WELL Health Technologies Corp étaient les plus dominantes sur le marché.

Au moyen de politiques proconcurrentielles qui faciliteraient le partage de données entre les patients, les médecins et les différents systèmes qu'utilisent les fournisseurs de soins de santé, il serait possible pour les nouvelles entreprises d'entrer plus facilement sur le marché.

La sénatrice Moncion : Pour ce qui est du domaine bancaire, les institutions financières veulent garder l'information de leurs clients et ne veulent rien partager, mais des lois ont été adoptées pour qu'on ait des systèmes bancaires ouverts, où toute l'information financière d'une personne lui appartient et où elle peut choisir de partager avec l'institution financière de son choix. J'aimerais vous entendre sur ce concept.

Je comprends que vous êtes au Bureau de la concurrence Canada. Je ne sais pas si cela existe encore, mais est-ce quelque chose qui pourrait être réglementé et implanté dans le système canadien de soins de santé?

Anthony Durocher, sous-commissaire, Direction générale de la promotion de la concurrence, Bureau de la concurrence Canada : C'est un parallèle très intéressant avec les services bancaires. D'une part, l'échange de données promeut la concurrence et l'innovation, mais il faut toujours reconnaître que cela doit se faire de façon sécuritaire et efficace pour

and financial information, these need to be well protected so that people are confident.

For several years now, we've been promoting the importance of having a regulatory framework for open banking to promote competition. It's an issue we're following very closely. Since the publication of our report, we've noticed in recent years in the digital health care sector that there is a certain window of opportunity to take steps to ensure that all levels of government fully understand the importance of sharing digital data. For example, Bill C-72, which is still very recent, had some very positive aspects in terms of recognizing the importance of health data sharing.

Senator Moncion: Except that once again they failed to include linguistic components to recognize the rights of francophones in this bill. We have that information. Still, there's a certain openness on this.

With regard to data ownership, do you intervene on this, or do you only get involved in competition that takes place between different companies?

Mr. Durocher: We intervene in competition between companies in particular. Often, there are also questions of intellectual property, and these are complex issues involving the application of the Competition Act when it comes to determining who owns the data. These issues are often settled in litigation. The question is whether the data belongs to the consumer, the patient or a company. It's a very specific question. These are quite complex issues that pertain to intellectual property.

Senator Moncion: Thank you.

Senator Aucoin: Since your report and since the introduction of Bill C-72, have you noticed if there have been any discussions, or if the companies that had this data have established better collaboration? Can the Competition Bureau do more to encourage data sharing?

Mr. Durocher: As for collaboration between companies, we don't know the file very well. To a certain extent, the Competition Bureau Canada doesn't want companies to collaborate too much and compete with each other. We've noticed a little more cooperation between governments. Last October, federal, provincial and territorial health ministers approved a joint action plan on health data and digital health, which includes interoperability standards. The basis for information exchange is to have systems where we can talk to each other and where a common technology facilitates the exchange of information. This is exactly what we see with open

protéger l'information confidentielle. Si on regarde tant les renseignements médicaux que les renseignements financiers, ceux-ci doivent être bien protégés pour donner confiance.

Cela fait plusieurs années que nous faisons la promotion de l'importance d'avoir un cadre réglementaire pour les services bancaires ouverts afin de promouvoir la concurrence. C'est un dossier que l'on suit de très près. Depuis la publication de notre rapport, on a remarqué ces dernières années dans le secteur des soins de santé numériques qu'il y a une certaine conjoncture favorable pour faire des démarches afin que tous les ordres de gouvernement comprennent bien l'importance du partage des données numériques. Par exemple, le projet de loi C-72, qui est quand même très récent, avait des aspects très positifs pour ce qui est de reconnaître l'importance de l'échange de données en matière de santé.

La sénatrice Moncion : Sauf qu'ils ont omis encore une fois de mettre des composantes linguistiques pour reconnaître les droits des francophones dans ce projet de loi. On a cette information. Il y a quand même une certaine ouverture de ce côté.

En ce qui a trait à la propriété des données, intervenez-vous sur ce plan ou intervenez-vous seulement sur le plan de la concurrence qui se fait entre les différentes entreprises?

M. Durocher : Surtout en ce qui a trait à la concurrence entre les entreprises. Souvent, il y a aussi des questions de propriété intellectuelle et là, ce sont des enjeux complexes avec l'application de la Loi sur la concurrence quand il s'agit de déterminer à qui appartiennent les données. Ce sont souvent des questions qui sont réglées en litige. On détermine si les données appartiennent au consommateur, au patient ou à une entreprise. C'est une question très particulière. Ce sont des enjeux assez complexes qui font partie de la propriété intellectuelle.

La sénatrice Moncion : Merci.

Le sénateur Aucoin : Depuis votre rapport et depuis la présentation du projet de loi C-72, avez-vous remarqué s'il y a eu des discussions, ou si les entreprises qui avaient ces données ont établi une meilleure collaboration? Est-ce que le Bureau de la concurrence peut faire davantage pour encourager le partage de données?

M. Durocher : Pour la collaboration entre entreprises, on ne connaît pas très bien le dossier. Dans une certaine mesure, le Bureau de la concurrence Canada ne veut pas que les entreprises collaborent trop et qu'elles se fassent concurrence. On a remarqué un peu plus de collaboration entre les gouvernements. En octobre dernier, les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé ont approuvé un plan d'action mixte sur les données de santé et la santé numérique qui comprend des normes d'interopérabilité. La base pour l'échange d'information est d'avoir des systèmes où l'on peut se parler et où une technologie commune facilite l'échange d'information. C'est

banking. Everyone has to get along. It's the plumbing behind the system. These are pretty positive steps that show we're starting to prioritize exchange between systems.

Senator Aucoin: Thank you. My question is for the people who are on the video conference. You talked about artificial intelligence and a decline in telemedicine. Is there any reason to consider whether there might be a way of making telemedicine more widely used? We know that it can be much cheaper and, up to a point, more efficient. Can you comment?

Ms. Kombo: In our network, we're looking at how we can get users on board with telemedicine, but more broadly with telehealth.

When the pandemic started, everyone got on board. We saw large numbers. Teleconsultation proved that it could be a sustainable service, and above all, patient users were very satisfied with it, but we're now facing a downturn.

When we interviewed clinicians to understand what was behind this decline, red tape was often mentioned. It's much easier for a doctor to pick up the phone and call his patient than to use Teams, which is the Quebec government's preferred tool for everything to do with teleconsultation. We know that Teams is cumbersome and has many features, which makes it difficult for doctors to sign up. You have to send links by e-mail. We have people whose literacy level may be low, or who have problems with the internet, or who don't have the technological tools needed to benefit from video teleconsultation. The patient must have the appropriate equipment. These are the obstacles that will make doctors or professionals use the telephone more.

What we've shown in our network is that the telephone can't be put on the same level as a video consultation. There's the whole non-verbal or visual side of the patient that's not taken into account by the telephone. What's more, a video teleconsultation is a set time; it's like an appointment. It's exactly the same as when a patient has a medical appointment and goes to see his or her doctor. The telephone is spontaneous. The patient may be doing something else. When we call, if there's a language difficulty, it will be exacerbated by the fact that we lack visuals.

All the steps we want to put in place to increase the use of telehealth run up against change management, but also against a paradigm that assumes doctors can offer these services. Some things could help. When we train professionals, we should integrate this notion of telemedicine or telehealth into academic

exactement ce qu'on voit dans le cas des services bancaires ouverts. Tout le monde doit s'entendre. C'est la plomberie derrière le système. Ce sont des étapes plutôt positives qui montrent qu'on commence à prioriser l'échange entre les systèmes.

Le sénateur Aucoin : Merci. Ma question s'adresse aux personnes qui sont en vidéoconférence. Vous avez parlé de l'intelligence artificielle et d'une diminution de la télémédecine. Y a-t-il lieu d'examiner s'il n'y aurait pas moyen de faire en sorte que la télémédecine soit plus largement utilisée? On sait que cela peut être beaucoup moins coûteux et que c'est, jusqu'à un certain point, plus efficace. Pouvez-vous commenter?

Mme Kombo : Dans notre réseau, on regarde comment on peut faire pour que les utilisateurs embarquent dans la télémédecine, mais plus largement dans la télésanté.

Lorsque la pandémie est arrivée, tout le monde a embarqué. On a vu de gros scores. La téléconsultation a prouvé que cela pouvait être un service pérenne et surtout, les utilisateurs patients étaient très satisfaits de ce service, mais on fait maintenant face à une baisse.

Lorsque nous avons interrogé les cliniciens pour comprendre ce qui expliquait cette baisse, la lourdeur administrative a souvent été mentionnée. Il est beaucoup plus facile pour un médecin de prendre le téléphone et d'appeler son patient que d'utiliser Teams, qui est l'outil privilégié par le gouvernement québécois pour tout ce qui a trait à la téléconsultation. On sait que Teams est lourd et a plusieurs fonctionnalités, ce qui rend la tâche difficile pour les médecins qui veulent y adhérer. Il faut envoyer des liens par courriel. On a des personnes qui ont un niveau de littératie qui peut être bas ou qui ont des problèmes avec Internet ou qui n'ont pas les outils technologiques nécessaires pour bénéficier d'une téléconsultation vidéo. Le patient doit avoir les équipements adéquats. Ce sont des freins qui font que les médecins ou les professionnels utiliseront davantage le téléphone.

Ce que l'on a montré dans notre réseau, c'est que le téléphone ne peut pas être mis au même niveau qu'une consultation vidéo. Il y a tout le côté non verbal ou visuel du patient qui n'est pas pris en compte par le téléphone. De plus, la téléconsultation vidéo est un moment qui a été déterminé; c'est comme un rendez-vous. C'est exactement comme lorsque le patient a un rendez-vous médical, qu'il se déplace et va voir son médecin. Le téléphone, c'est spontané. Le patient peut être en train de faire quelque chose d'autre. Lorsqu'on appelle, s'il y a une difficulté linguistique, elle sera exacerbée par le fait qu'on manque de visuel.

Toutes les démarches que l'on veut mettre en place pour augmenter l'utilisation de la télésanté se butent à une gestion du changement, mais aussi à un paradigme qui suppose que les médecins peuvent offrir ces services. Certaines choses pourraient aider. Quand on forme des professionnels, on devrait intégrer

training. This is not currently offered to either doctors or nurses, who are the main users of this tool with their patients.

Senator Aucoin: Thank you.

The Chair: Ms. Ponzoni, I'd like to hear what you have to say about the telehealth program at the Université de Moncton. You would have worked on setting up this program. How was the program developed, why was it developed and who was involved in its creation? You were very important in setting up this program. Could you tell us about it?

[English]

Ms. Ponzoni: The program was developed with a colleague of mine, Dr. Antonia Arnaert, at the request of the University of Moncton to be able to offer content on telehealth to their francophone students. My colleague had a certain expertise in telehealth, so together we built these educational modules that are offered as professional development for health professionals in New Brunswick.

If I could also address the previous question, it's important to also consider the digital literacy and the age of the users on the receiving end. The health professionals being trained to use something like Teams is important, but on the receiving end, the digital literacy of users is not always adequate to ensure good communication or even to be able to connect with patients reliably. In addition, some programs will offer iPads or other devices to help them connect, but that's also not guaranteed. Not all programs offer technology to the users, so access to computers or even smartphones is not a guarantee in terms of the users' budgets, for example.

[Translation]

The Chair: You are right to raise that issue. Are there any other comments about access problems in remote regions, including internet access? What can you tell us about that? Who wants to answer? It is a real issue, and you can't have one without the other.

Ms. Kombo: There is an internet access problem with patients. Some programs offer patients tablets with mobile data. Even that is not enough. There are patients who cannot access telehealth. There is an entry barrier that already makes telehealth services inequitable. Some patients are excluded. Even programs that offer tablets with mobile data cannot provide the service if there is no coverage in the region. Teams sucks up a lot of data, but that is the platform chosen by the ministère.

cette notion de télémédecine ou de télésanté dans les formations académiques. Ce n'est pas offert actuellement ni aux médecins ni aux infirmières, qui sont les principaux utilisateurs de cet outil auprès de leurs patients.

Le sénateur Aucoin : Merci.

Le président : Madame Ponzoni, j'aimerais vous entendre sur le programme de télésanté à l'Université de Moncton. Vous auriez travaillé à la mise en place de ce programme. Comment le programme a-t-il été développé, pour quelle raison et qui a participé à sa création? Vous avez été très importante dans la mise en place de ce programme. Pourriez-vous nous en parler?

[Traduction]

Mme Ponzoni : Le programme a été développé avec une de mes collègues, Mme Antonia Arnaert, à la demande de l'Université de Moncton dans le but d'offrir du contenu sur la télésanté à leurs étudiants francophones. Ma collègue avait une certaine expertise dans le domaine de la télésanté. Ensemble, nous avons donc conçu ces modules éducatifs qui sont offerts à titre de perfectionnement aux professionnels de la santé du Nouveau-Brunswick.

Si je peux répondre à la question précédente, il est important de prendre en compte la culture numérique et l'âge des utilisateurs. Il faut aussi que les professionnels de la santé soient formés à l'utilisation d'un outil comme Teams, mais du côté des destinataires, les connaissances numériques des utilisateurs ne sont pas toujours suffisantes pour assurer une bonne communication ou même pour être en mesure de se connecter avec les patients de manière fiable. En outre, certains programmes proposent des iPads ou d'autres appareils pour les aider à se brancher, mais ce n'est pas garanti non plus. Tous les programmes n'offrent pas la technologie aux utilisateurs, de sorte que l'accès à des ordinateurs ou même à des téléphones intelligents n'est pas garanti, selon le budget des utilisateurs, par exemple.

[Français]

Le président : Il y a cet enjeu et vous le soulignez bien. Y a-t-il d'autres commentaires en ce qui concerne les défis d'accès dans les régions éloignées, dont celui de l'accès à Internet? Que pouvez-vous nous dire à ce sujet? Qui veut répondre à cette question? C'est un enjeu réel, et l'un ne va pas sans l'autre.

Mme Kombo : On fait face à un problème d'accès à Internet chez les patients. Certains programmes offrent aux patients des tablettes avec des données mobiles. Là encore, ce n'est pas suffisant. Plusieurs patients n'ont pas accès à la télésanté pour cette raison. Il y a des critères d'exclusion qui font qu'à la base, les services de télésanté sont déjà inéquitables. Plusieurs patients ne peuvent pas en bénéficier à cause de tout cela. Même si le programme peut offrir des tablettes avec des données mobiles, si la région n'est pas couverte, on ne peut pas offrir le service.

These populations should benefit from telemedicine. We developed a grid to keep track of the money patients save by not having to go to a medical service that could be hundreds of kilometres away from where they live. We realize that patients save a lot of money by not travelling. Unfortunately, we have no solution for the people who pay the most, because they are out of internet range. The challenge remains.

The Chair: What would you recommend to the federal government in this area? Do you have a recommendation that we could pass on?

Ms. Kombo: It would be finding a solution to bring the internet to them. I know there has been talk of using satellites for northern regions. That was one avenue on the table. Unfortunately, once again, the funding is not there. Northern populations would greatly benefit from the telehealth services provided in urban areas, but they have no access because they are out of internet range.

My recommendation would be to explore the avenue of satellites to provide these services to remote regions.

The Chair: Thank you.

I will continue with the people from the Competition Bureau Canada. Is this a competition problem or not? What can you tell us about it? Internet access is a major issue. I won't mention the situation in my own province. Too often, there is a lack of competition. Cellphones are a prime example. What can you tell us about this issue?

Mr. Durocher: Competition in the telecom sector remains one of our bureau's priorities. It is also one of the areas where we receive the most complaints by Canadians. Our role is to protect and promote competition. We make recommendations to the CRTC about the regulatory framework for internet and wireless in order to promote competition and find the right balance between affordability and incentives to invest, especially in remote regions.

Our bureau's role in terms of protecting competition is to implement the Competition Act. There are many aspects. First of all, we do merger reviews to prevent excessive market power.

Teams est gourmand en matière de données. C'est la plateforme qui a été choisie par le ministère.

Ces populations devraient bénéficier de la télémédecine. On a développé une matrice. On veut comptabiliser l'économie que font les patients qui n'ont pas à se rendre dans un service médical donné, qui peut être situé à plusieurs centaines de kilomètres de chez eux. On se rend compte que les patients économisent beaucoup d'argent en ne se déplaçant pas. Malheureusement, pour ceux qui dépensent le plus, on n'a pas de solution pour eux, car Internet ne va pas jusqu'à eux. Le défi persiste.

Le président : Quelle serait votre recommandation au gouvernement fédéral en cette matière? Que pouvez-vous faire comme recommandation que nous pourrions transmettre?

Mme Kombo : Ce serait de trouver une solution pour qu'Internet aille jusqu'à eux. Je sais que, dans les régions nordiques, on voulait passer par les satellites. C'était une avenue qui était sur la table. Malheureusement, là encore, on se retrouve avec des moyens financiers qui ne suivent pas. Ces populations, qui devraient grandement bénéficier des services de télésanté qu'offrent les régions urbaines, n'y ont pas accès, car Internet ne va pas jusqu'à eux.

Ma recommandation serait d'aller creuser cette avenue des satellites, pour qu'on puisse offrir ces services aux régions éloignées.

Le président : Merci.

Je vais poursuivre avec les gens du Bureau de la concurrence Canada. Y a-t-il assurément un défi de concurrence ou non? Que pouvez-vous dire par rapport à cela? C'est une question importante, cet accès à Internet. Je ne parlerai pas de la situation dans ma propre province. Trop souvent, il n'y a pas suffisamment de concurrence. On le voit en matière de téléphones cellulaires, ce manque de concurrence. Que pouvez-vous nous dire par rapport à cet enjeu?

M. Durocher : La concurrence dans le secteur de la télécommunication demeure l'un des secteurs prioritaires pour notre bureau. C'est aussi l'un des secteurs où l'on reçoit le plus de plaintes de la part des Canadiens et Canadiennes. Notre rôle est de protéger la concurrence et d'en faire la promotion. Pour en faire la promotion, on travaille à faire des recommandations au CRTC en ce qui concerne le cadre réglementaire, autant pour Internet que pour le sans-fil, afin de promouvoir la concurrence et de trouver le juste équilibre entre l'abordabilité et les incitatifs pour investir, surtout dans les régions éloignées.

Le rôle de notre bureau en ce qui concerne la protection de la concurrence est de faire la mise en œuvre de la Loi sur la concurrence. Il y a plusieurs aspects. Premièrement, la révision des fusions en vue d'empêcher un accroissement du pouvoir sur le marché.

For example, we recently filed an application to the tribunal to block the transaction between Shaw and Rogers. Unfortunately, we lost the case and the transaction was allowed to go ahead. That is the kind of implementation I was referring to.

The Chair: Why did you lose?

Mr. Durocher: We asked them to block the merger. The Competition Tribunal determined that the merger caused no substantial reduction in competition. We appealed the decision, but unfortunately, the Federal Court upheld it.

The Chair: Thank you for the information.

Senator Moncion: I will continue in the same vein, and then I will have a few questions for the Competition Bureau representatives.

You mentioned the quality of the interpretation for people online. You said that interpretation was important and that it should be done by humans, not machines. We have heard from witnesses from the North who work with the Inuit. They often use iPads, and they told us that the interpretation worked very well for their work with the Inuit.

Why does the interpretation work with the Inuit but not at the CLSCs for people who do not speak the language, as Ms. Ponzoni mentioned? Why couldn't the iPad interpretation service work in this case?

Ms. Ponzoni: The service could work if we had access to the technology. The problem right now is that access to computers isn't even guaranteed.

Senator Moncion: Even at the CLSCs?

Ms. Ponzoni: Yes. They have no access to the technology at the moment.

Senator Moncion: The Inuit have access, but anglophone patients wanting to be served in their own language at a CLSC do not? There really is a barrier within the province.

The people who talked to us were Inuits from Quebec, if I'm not mistaken. There seems to be a gap between the services provided to Indigenous and Inuit people and those provided to Quebec anglophones.

Ms. Ponzoni: These tools would be very useful for francophone clinicians to provide services to anglophone patients. There is more money allocated to regions in northern Quebec, where there is a larger Indigenous population. For the most part, they only speak English or their second language is

Par exemple, nous avons fait une demande récemment auprès du tribunal pour bloquer la transaction entre Shaw et Rogers. Malheureusement, nous avons perdu cette cause et la transaction a pu aller de l'avant. C'est le genre d'exemple de mise en œuvre auquel on fait allusion.

Le président : Pourquoi l'avez-vous perdue?

M. Durocher : On a demandé au tribunal de bloquer la fusion. Or, le Tribunal de la concurrence a jugé qu'il n'y avait pas diminution sensible de la concurrence avec la fusion. Nous avons porté la décision en appel et malheureusement, la Cour fédérale a maintenu la décision.

Le président : Merci de cette information.

La sénatrice Moncion : Je vais poursuivre dans la même veine et j'aurai ensuite une ou deux questions pour les représentants du Bureau de la concurrence.

Pour les personnes en ligne, vous avez parlé de la qualité de l'interprétation. Vous disiez que l'interprétation était importante et que les interprètes devaient être des humains, et non des machines. Nous avons rencontré des témoins du Nord qui travaillent avec les Inuits. Ces personnes se servent beaucoup des iPads et elles nous ont dit que l'interprétation fonctionnait bien pour leur travail avec les Inuits.

Pourquoi l'interprétation fonctionne-t-elle avec les Inuits, mais pas dans les CLSC où les patients se rendent et ne parlent pas la langue, comme Mme Ponzoni l'a précisé? Pourquoi le service d'interprétation sur iPad ne pourrait-il pas fonctionner dans ce cas?

Mme Ponzoni : Le service pourrait fonctionner si on avait accès aux technologies. Le problème en ce moment, c'est que l'accès à des ordinateurs n'est même pas garanti.

La sénatrice Moncion : Même dans les CLSC?

Mme Ponzoni : Oui. Ils n'ont pas accès à ces technologies en ce moment.

La sénatrice Moncion : Elle est accessible pour les Inuits, mais pas pour un patient anglophone, par exemple, qui se rend à un CLSC et qui veut se faire servir dans sa langue? Il existe vraiment une barrière à l'intérieur de la province en la matière.

Ceux qui nous en ont parlé, si je ne me trompe pas, c'étaient les Inuits du Québec. Il semble donc y avoir une barrière entre les services aux Autochtones et aux Inuits et ceux qu'on offre aux anglophones du Québec.

Mme Ponzoni : Ces outils seraient d'une grande utilité aux cliniciennes francophones pour offrir des services aux patients anglophones. L'argent est octroyé davantage dans les régions du Nord du Québec où il y a une plus grande population autochtone. Pour la plupart, ces personnes ne parlent que l'anglais ou leur

English. The challenge is to ensure good communication with the clinicians, who often come from McGill University.

Senator Moncion: Thank you.

Ms. Kombo, you mentioned that the quality of the interpretation on the iPads was poor. Am I mistaken? Did you mention that earlier?

Ms. Kombo: The quality on the iPads is not so much a problem. We noticed that there is a funding problem for human interpreters. Some services use technologies that work well for French and English. However, for other languages, we have interpretation concerns. If the patient and the health care professional do not speak the same language, there could be problems. Some services, such as West-Central, have bought technology and are very happy with it, because it even does Punjabi translation.

Senator Moncion: I was just about to ask you that question. Which languages?

Ms. Kombo: Since they have a large population from India, a lot of people speak Punjabi. That was a real issue for these patients. Every time, they had to yell into the mike to find a Punjabi speaker who could lend a hand. That led to confidentiality problems, because they were not certified interpreters. They were just people who spoke the language and translated what the doctor and patient were saying. If the person did not understand the context, it could skew the translation.

Senator Moncion: Okay, thank you.

Senator Aucoin: You mentioned that some people were happy with it and others were not. Have you conducted surveys or done studies to measure the level of satisfaction and, if it is low, to find out why? Do you have specific, scientific data that could give a clearer idea of the situation?

Ms. Kombo: In terms of telehealth?

Senator Aucoin: Yes.

Ms. Kombo: At the CHUM, where I work, we did a survey among 72 reporting doctors. The technology was the issue that came up most often. By that I mean Teams, which is the one promoted by the Government of Quebec. The Teams platform is for collaborative work. For professionals working together or with the office staff, the system works great and is easy to use. The doctors tell us they work on the frontlines. Oftentimes, they turn on Teams and see the green check mark because they have

deuxième langue est l'anglais. L'enjeu est donc plus présent pour ce qui est d'assurer une bonne communication avec les cliniciennes, qui viennent souvent de l'Université McGill.

La sénatrice Moncion : Merci.

Madame Kombo, vous avez mentionné que la qualité de l'interprétation n'était pas bonne lorsqu'on utilisait des iPads. Est-ce que je me trompe? Vous avez bien mentionné cela tout à l'heure?

Mme Kombo : Ce n'est pas tant un problème de qualité quand on utilise des iPads. Nous avons remarqué qu'il y a un problème de financement pour les humains qui font l'interprétation. Certains établissements utilisent des technologies. Les technologies pour l'anglais et le français fonctionnent bien. Toutefois, dès qu'on parle une autre langue, on commence à avoir des soucis d'interprétation. Si le patient et le professionnel de la santé ne parlent pas la même langue, il risque d'y avoir des problèmes. Certains établissements, comme celui du Centre-Ouest, ont acheté une technologie et ils en sont très satisfaits, car elle fait même la communication en pendjabi.

La sénatrice Moncion : J'allais justement vous poser la question. On parle de quelle langue?

Mme Kombo : Comme ils ont une population importante qui vient de l'Inde, les gens parlent beaucoup le pendjabi, et l'enjeu était bien présent avec ces patients. Ils devaient crier chaque fois au micro pour savoir si quelqu'un qui parlait le pendjabi pouvait venir prêter main-forte. On faisait alors face à des problèmes de confidentialité, car ce ne sont pas des interprètes certifiés. Ce ne sont que des personnes qui parlent la langue et qui venaient traduire ce que disaient le médecin et le patient. Il suffisait que la personne ne comprenne pas vraiment le contexte, et la traduction pouvait être erronée.

La sénatrice Moncion : D'accord. Merci.

Le sénateur Aucoin : Vous avez mentionné que certains sont satisfaits et que d'autres ne le sont pas. Avez-vous mené des sondages ou fait des études pour mesurer le niveau de satisfaction et, dans le cas d'une baisse, en connaître la cause? Avez-vous des données spécifiques ou scientifiques qui pourraient nous dresser un portrait plus juste de la situation?

Mme Kombo : Pour ce qui est de la télésanté?

Le sénateur Aucoin : Oui.

Mme Kombo : Au CHUM, où je travaille, on a fait un sondage auprès de 72 médecins qui y ont répondu. La technologie était l'argument qui revenait le plus souvent. On parle de la technologie Teams qui est mise de l'avant par le gouvernement du Québec. La plateforme Teams vise un travail collaboratif. Quand on veut collaborer entre professionnels ou avec le personnel de bureau, ce système fonctionne très bien et son utilisation est facile. Les médecins nous disent être des

no meetings. However, they work on the frontlines. They can get texts and calls that come at the wrong time and interrupt their work. Unfortunately, we have no solution to offer them. We tell them to set aside time slots for teleconsultations. For people on the frontlines, it might be inconvenient to turn on Teams. If they set aside a half-day where they are available for teleconsultations, the system could be beneficial. That is what we recommended to them.

There is also all the behind-the-scenes support. As Ms. Ponzoni said earlier, we provide technical support for doctors. However, if a patient has an appointment for a teleconsultation but cannot get online, it is cancelled.

Senator Aucoin: That's actually what I am trying to understand. Do you have data that could explain why people are excluded? Is it about language or technology? That's what I was referring to. Do you have data that could tell us why it works or not?

Ms. Kombo: The data we have stem from what we did with the CHUM. The Quebec institute for excellence in health and social services also published a study that brought up linguistic barriers, which could certainly answer your question.

Senator Aucoin: Could you send us the data?

Ms. Kombo: Of course.

Senator Aucoin: Thank you.

The Chair: We have reached the end of the meeting. While we recognize that health care services are provincial and territorial jurisdiction, there are challenges that pertain to the role of the federal government.

You have given us some potential solutions. After the meeting, if you have other recommendations that are specifically intended for the federal government, feel free to send them to our committee.

Thank you for being here today. Thank you to the Competition Bureau Canada for their insights. Thank you and good evening.

(The committee adjourned.)

personnes de terrain. Souvent, ils activent Teams et le voyant peut être vert, parce qu'ils n'ont pas de rencontre. Or, ils sont sur le terrain. Donc, ils peuvent être interpellés par des textos et des appels inopportun, ce qui les embête. Malheureusement, nous n'avons pas de solution à leur proposer, mais nous leur avons dit de prévoir des plages horaires pour les téléconsultations. Lorsque vous êtes sur le terrain, ce n'est peut-être pas le bon moment pour activer Teams. S'ils prévoient une demi-journée pour faire des téléconsultations, ce système pourrait être bénéfique, parce qu'ils sont disponibles pour les téléconsultations. Ce sont les recommandations que nous leur avons faites.

Il y a également tout le soutien en arrière-plan. Comme le disait plus tôt Mme Ponzoni, nous offrons du soutien aux médecins qui seront outillés pour utiliser la technologie. Cependant, pour le patient qui a un rendez-vous en téléconsultation et qui n'est pas en mesure de se brancher, la téléconsultation est perdue.

Le sénateur Aucoin : C'est justement ce que j'essaie de savoir. Avez-vous des données pour expliquer pourquoi les gens ne sont pas capables? Est-ce une question de langue ou de technologie? C'est ce à quoi je faisais allusion. Avez-vous des données qui nous diraient pourquoi cela fonctionne ou pas?

Mme Kombo : Les données que nous avons résultent de ce qu'on a fait avec le CHUM. L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux a aussi publié une étude qui pourrait certainement répondre à la question, car ils ont mis en évidence certaines barrières linguistiques.

Le sénateur Aucoin : Pouvez-vous nous faire parvenir ces données?

Mme Kombo : Bien sûr.

Le sénateur Aucoin : Merci.

Le président : Nous en sommes à la fin de cette réunion. En reconnaissant que la livraison des services de santé est de compétence provinciale et territoriale, on constate les défis ayant trait au rôle que doit jouer le gouvernement fédéral.

Vous nous avez donné certaines pistes. Si vous avez d'autres recommandations qui s'adressent spécifiquement au gouvernement fédéral après cette rencontre, n'hésitez surtout pas à les transmettre à notre comité.

Nous vous remercions d'avoir été avec nous aujourd'hui. Merci au Bureau de la concurrence Canada de nous avoir éclairés. Merci à vous et bonne soirée.

(La séance est levée.)
