

Health Canada's response to a request for information made by the Standing Senate Committee on Official Languages (OLLO) on April 17, 2023

Question

Senator Dalphond: Welcome to the Senate, minister. I have a few questions that stem from those that were already asked. My first question follows up on the question from Senator Moncion concerning the agreements with the provinces, namely the additional \$196 billion over 10 years. First, I congratulate you because everyone recognized that it was an impossible challenge, and you met it. Does every agreement with every province include provisions concerning access to health care in the minority language? If not, do only one or two provinces have that type of provision?

Mr. Duclos: Thank you very much for your question, Senator Dalphond. I thank you for the expertise you bring to the Standing Senate Committee on Official Languages. In fact, all the provinces and territories received the same offer. When they accept a letter of agreement in principle, they must essentially and explicitly respond that they agree on the importance of having indicators in their plans and measures which support people living in official language minority communities.

Senator Dalphond: The third part of the equation is outcomes based on targets and timelines. That means that every agreement contains targets and timelines for access to French-language care in predominantly English-speaking settings, and the same is true in Quebec. Do those agreements set out means for verifying whether those objectives have been met? In other words, will the information shared go beyond simply indicating who received what type of service on what date, but also indicate the language preferences of users and the professionals who provided the services?

Mr. Duclos: I would say that it is a progression. The reason those agreements are possible now is that there are already a certain number of high-level indicators. I would be happy to ask my team to share them with you. We already have benchmarks for eight of those indicators, such as mental health, family practice workers and data use, among others, to ensure that health professionals can work together. The basic data we have are not very disaggregated. In most cases, we have no information about access to family medicine in rural areas, for example. On the other hand, the data we have is used to build these agreements with the provinces and territories. Within those agreements, there is also a commitment to go further by working with the Canadian Institute for Health Information to validate those higher-level indicators — we'll call them aggregated indicators — and disaggregate them for the communities where we want to provide more equitable access to health. Work will focus on that over the next few years, obviously. We need to identify groups for which our data needs to be refined in order to support better public policy.

Senator Dalphond: Am I to understand that seniors living in a rural setting in a francophone community, for example, and who must move to another city to receive the best care for their condition, are likely to receive care in a language other than their own, or even a language they don't speak? Will it be possible to measure that phenomenon and ensure continuity of services in the minority language, especially for the most vulnerable people?

Mr. Duclos: That is a very good question, and it's the kind of indicator we hear a lot about from experts. People like you who are interested in these issues will very likely propose that the actors involved, including the Canadian Institute for Health Information, develop these indicators, first on a conceptual basis, and then on a needs-assessment basis in terms of administrative and survey data, in order to validate this reliably, but also over time.

Response

As was announced in February, as part of the *Working Together to Improve Health Care for Canadians* plan and followed-up by a letter to premiers signed by Ministers Duclos and Bennett, Provinces and Territories (PTs) must agree to improve how health information is collected, shared, used, and reported to Canadians to promote greater transparency on results and to help manage public health emergencies. By accepting the plan, PTs agree to develop and use comparable indicators through the Canadian Institute for Health Information (CIHI) and its data partners, starting with the eight headline indicators.

Additionally, PTs must agree to “publicly report to their own residents, on an annual basis, on progress with respect to jurisdiction-specific results, targets and timelines in shared priority areas where they choose to invest, on key common headline indicators for all shared priority areas and supported by additional common indicators. **This includes disaggregated data on indicators, including the key common headline indicators, including for [...] official language minority communities**” (Source: Annex to the Ministers’ letter).

The eight common headline indicators are as follows:

1. Percentage of Canadians who report having access to a regular family health team, a family doctor or nurse practitioner, including in rural and remote areas;
2. Size of COVID-19 surgery backlog;
3. Net new family physicians, nurses, and nurse practitioners;
4. Median wait times for community mental health and substance use services;
5. Percentage of youth aged 12 to 25 with access to integrated youth services for mental health and substance use;
6. Percentage of Canadians with a mental disorder who have an unmet mental health care need;
7. Percentage of Canadians who can access their own comprehensive health record electronically; and,
8. Percentage of family health service providers and other health professionals (e.g., pharmacists, specialists, etc.) who can share patient health information electronically.

As of May 16, 2023, 9 of 13 PTs have confirmed their agreement in principle with the agreement terms.

Réponse de Santé Canada à une demande de renseignements présentée par le Comité sénatorial permanent des langues officielles le 17 avril 2023

Question

Le sénateur Dalphond : Bienvenue au Sénat, monsieur le ministre. J'ai quelques questions qui découlent de celles qui ont déjà été posées. Ma première question fait suite à la question de la sénatrice Moncion au sujet des ententes conclues avec les provinces, soit les 196 milliards de dollars supplémentaires sur 10 ans. D'abord, je vous félicite, parce que tout le monde a reconnu que c'était un défi impossible et vous l'avez relevé. Est-ce que chacune des ententes avec chacune des provinces prévoit des dispositions en matière d'accès à la santé dans la langue de la minorité? Sinon, est-ce uniquement une ou deux provinces qui ont des dispositions de cette nature?

M. Duclos : Merci beaucoup de votre question, sénateur Dalphond. Je vous remercie de l'expertise que vous apportez au sein du Comité sénatorial permanent des langues officielles. En effet, toutes les provinces et tous les territoires ont reçu la même offre. Lorsqu'ils acceptent une lettre d'entente de principe, ils doivent répondre essentiellement et explicitement qu'ils sont d'accord sur l'importance d'avoir des indicateurs dans leurs plans et leurs mesures, ce qui permet de soutenir les gens qui habitent dans des communautés de langue officielle en milieu minoritaire.

Le sénateur Dalphond : La troisième aire de l'équation, ce sont les résultats en fonction de cibles et d'échéanciers. Cela veut dire que chaque entente contient des cibles et des échéanciers en matière d'accès à des soins en français dans les milieux majoritairement anglophones, et c'est la même chose au Québec. Ces ententes prévoient-elles des moyens de vérifier si ces objectifs sont atteints? Autrement dit, est-ce que les informations communiquées iront au-delà du fait de simplement indiquer qui a reçu tel genre de service à telle date, mais indiqueront également les préférences linguistiques des usagers et des professionnels qui ont fourni les services?

M. Duclos : Je dirais qu'il s'agit d'une progression. La raison pour laquelle on peut arriver à ces ententes maintenant, c'est qu'on dispose déjà d'un certain nombre d'indicateurs de haut niveau. Je serais heureux de demander à mon équipe de les partager avec vous. Nous avons déjà des seuils de référence pour huit de ces indicateurs, comme la santé mentale, les travailleurs en médecine familiale et l'usage des données, entre autres, pour faire en sorte que les professionnels de la santé puissent travailler ensemble. Les données de base que nous avons sont peu désagrégées. Dans la plupart des cas, nous n'avons pas d'information sur l'accès à la médecine familiale en milieu rural, par exemple. Par ailleurs, on se sert des données que nous avons pour bâtir ces ententes avec les provinces et les territoires. À l'intérieur de ces ententes, il y a aussi l'engagement d'aller plus loin en travaillant en collaboration avec l'Institut canadien d'information sur la santé, afin de valider ces indicateurs de plus haut niveau — appelons-les des indicateurs agrégés — et de les désagréger pour les communautés auxquelles on veut offrir un accès plus équitable à la santé. Le travail portera là-dessus au cours des prochaines années, évidemment. Nous devons identifier les groupes pour lesquels nos données doivent être raffinées dans le but d'appuyer de meilleures politiques publiques.

Le sénateur Dalphond : Dois-je comprendre que des personnes âgées qui vivent en milieu rural dans une communauté francophone, par exemple, et qui doivent déménager dans une

autre ville pour recevoir des soins mieux adaptés à leur condition, sont susceptibles de recevoir des soins dans une langue autre que la leur, voire dans une langue qu'ils ne maîtrisent pas? Est-ce qu'il sera possible de mesurer ce phénomène et d'assurer la continuité des services dans la langue de la minorité, surtout pour les personnes les plus vulnérables?

M. Duclos : C'est une très bonne question, et c'est le genre d'indicateur dont on entend beaucoup parler de la part des experts. Des gens qui, comme vous, s'intéressent à ces questions vont fort probablement proposer aux acteurs impliqués, notamment l'Institut canadien d'information sur la santé, de développer ces indicateurs, d'abord sur une base conceptuelle, puis sur une base d'évaluation des besoins en matière de données administratives et d'enquête, afin de valider tout cela de manière fiable, mais aussi à travers le temps.

Réponse

Tel qu'annoncé en février, dans le cadre du plan « Travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens » et suivi d'une lettre aux premiers ministres signée par les ministres Duclos et Bennett, les gouvernements FPT s'engagent à améliorer la façon dont l'information dépersonnalisée sur la santé est recueillie, partagée, utilisée et communiquée aux Canadiens afin de favoriser une plus grande transparence des résultats et d'aider à gérer les urgences de santé publique. En acceptant le plan, les gouvernements provinciaux et territoriaux donnent leur accord pour l'établissement et l'utilisation d'indicateurs comparables par l'entremise de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et de partenaires fédéraux de données, en commençant par les huit principaux indicateurs communs.

De plus, les PT doivent accepter de « chaque année, [rendre] compte publiquement à leurs propres résidents des progrès réalisés par rapport aux résultats, aux cibles et aux échéanciers qui leur sont propres dans les domaines prioritaires partagés dans lesquels ils choisiront d'investir, aux principaux indicateurs communs pour tous les domaines prioritaires partagés et appuyés par les indicateurs additionnels communs. **Cela comprend les données désagrégées sur les indicateurs, y compris les principaux indicateurs communs, y compris ceux qui s'appliquent aux [...] communautés de langue officielle en situation minoritaire** » (Source : annexe à la lettre du ministre).

Les huit principaux indicateurs communs sont les suivants:

1. Pourcentage de Canadiens qui déclarent avoir accès à une équipe de santé familiale régulière, à un médecin de famille ou à une infirmière praticienne, y compris dans les régions rurales et éloignées ;
2. Ampleur des arriérés de chirurgies causés par la pandémie de COVID-19 ;
3. Nombre net de nouveaux médecins de famille, d'infirmiers et d'infirmiers praticiens ;
4. Temps d'attente médians pour les services communautaires liés à la santé mentale et à la toxicomanie ;
5. Pourcentage de jeunes de 12 à 25 ans ayant accès à des services intégrés liés à la santé mentale et à la toxicomanie ;
6. Pourcentage des Canadiens aux prises avec des troubles mentaux dont les besoins en santé mentale ne sont pas comblés ;
7. Pourcentage de Canadiens qui peuvent accéder à leur propre dossier de santé complet par voie électronique ; et,
8. Pourcentage de fournisseurs de services de santé familiale et d'autres professionnels de la santé (p. ex. pharmaciens, spécialistes, etc.) qui peuvent échanger des renseignements sur la santé des patients par voie électronique

En date du 16 mai 2023, 9 des 13 PT ont confirmé leur accord de principe avec ces conditions d'entente.