

**EVIDENCE**

OTTAWA, Monday, April 17, 2023

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

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

[*Translation*]

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

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

**Senator Dagenais:** Jean-Guy Dagenais from Quebec.

**Senator Mockler:** Percy Mockler from New Brunswick.

**Senator Gagné:** Raymonde Gagné from Manitoba.

**Senator Moncion:** Lucie Moncion from Ontario.

**Senator Clement:** Bernadette Clement from Ontario.

**Senator Dalphond:** Pierre J. Dalphond from Quebec.

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

[*English*]

**The Chair:** Thank you.

I wish to welcome all of you and viewers across the country who may be watching. I am taking part in this meeting from within the unceded traditional territory of the Algonquin Anishinabeg Nation.

Tonight we are beginning our study on minority language health services.

[*Translation*]

We are pleased to welcome, by videoconference, the Honourable Jean-Yves Duclos, P.C., M.P., Minister of Health. He is accompanied by Jocelyne Voisin, Assistant Deputy Minister, Strategic Policy Branch, Health Canada; Nathalie Valdés, Manager, Official Language Community Development Bureau, Health Canada; and Mark Nafekh, Director General, Centre for Health Promotion, Health Promotion and Chronic Disease Prevention Branch, Public Health Agency of Canada.

**TÉMOIGNAGES**

OTTAWA, le lundi 17 avril 2023

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

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

[*Français*]

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

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

**Le sénateur Dagenais :** Jean-Guy Dagenais, du Québec.

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

**La sénatrice Gagné :** Raymonde Gagné, du Manitoba.

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

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

**Le sénateur Dalphond :** Pierre J. Dalphond, du Québec.

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

[*Traduction*]

**Le président :** Je vous remercie.

Je souhaite la bienvenue à chacun de vous, ainsi qu'à tous ceux qui nous regardent partout au pays. Je souligne que les terres où je me trouve font partie du territoire traditionnel non cédé du peuple algonquin anishinabe.

Ce soir, nous entreprenons notre étude sur les services de santé dans la langue de la minorité.

[*Français*]

Nous avons l'honneur d'accueillir, par vidéoconférence, l'honorable Jean-Yves Duclos, c.p., député, ministre de la Santé. Il est accompagné de Jocelyne Voisin, sous-ministre adjointe, Direction générale des politiques stratégiques, Santé Canada, de Nathalie Valdés, gestionnaire, Bureau d'appui aux communautés de langue officielle, Santé Canada, et de Mark Nafekh, directeur général, Centre pour la promotion de la santé, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada.

Colleagues, the minister is with us until 6:00 p.m. The officials will remain with us for the meeting's second hour to continue answering our questions.

Welcome to the committee, minister, and thank you for being with us. We'll now hear your opening remarks, followed by questions from the senators. You are our first witness for this important study of minority language health services.

The floor is yours, minister.

**Hon. Jean-Yves Duclos, P.C., M.P., Minister of Health:** Good afternoon, Mr. Chair. Thank you very much for inviting me to appear before the committee today. I am pleased to be with you for this very important discussion about a topic that is a personal priority.

As you have noted, I am accompanied by Ms. Jocelyne Voisin, Assistant Deputy Minister, Strategic Policy Branch, Health Canada; Ms. Nathalie Valdés, Manager, Official Language Community Development Bureau, Health Canada; and Mr. Mark Nafekh, Director General, Centre for Health Promotion, Health Promotion and Chronic Disease Prevention Branch, Public Health Agency of Canada.

We all share the concerns raised by Canadians about the state of our health care system, including the repercussions of the shortage of health professionals on the ability of patients to receive quality care when and where they...

**The Chair:** Sorry, minister, we are having technical difficulties. We need to suspend the meeting to resolve the problem to be able to hear you properly. I thank you for your patience.

We will resume the meeting. It seems we are ready to hear from you. There are no technical problems. Thank you for your patience.

**Mr. Duclos:** At the same time, official language minority communities continue to face challenges in accessing health services in the official language of their choice.

In that context, last February, the Government of Canada outlined a plan to invest close to \$200 billion in additional funding over 10 years, including \$46.2 billion in new funding to the provinces and territories to strengthen our public health care system and improve services to Canadians.

Chers collègues, le ministre est avec nous jusqu'à 18 heures. Les fonctionnaires resteront parmi nous pour continuer de répondre à nos questions au cours de la deuxième heure de la réunion.

Monsieur le ministre, merci d'avoir accepté notre invitation et bienvenue parmi nous. Nous sommes prêts à entendre vos remarques préliminaires, qui seront suivies d'une période de questions de la part des sénateurs et des sénatrices. Vous êtes notre premier témoin pour ce qui est de cette importante étude sur les services de santé dans la langue de la minorité.

Monsieur le ministre, la parole est à vous.

**L'honorable Jean-Yves Duclos, c.p., député, ministre de la Santé :** Bonjour, monsieur le président. Je vous remercie très sincèrement de m'avoir invité à comparaître devant le comité aujourd'hui. Je suis heureux de me joindre à vous pour cette discussion très importante sur un sujet qui est une priorité personnelle.

Comme vous l'avez noté, je suis accompagné de Mme Jocelyne Voisin, sous-ministre adjointe, Direction générale des politiques stratégiques, Santé Canada, de Mme Nathalie Valdés, gestionnaire, Bureau d'appui aux communautés de langue officielle, Santé Canada, et de M. Mark Nafekh, directeur général, Centre pour la promotion de la santé, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada.

Nous partageons, tous et toutes, les préoccupations soulevées par les Canadiennes et les Canadiens sur l'état de notre système de soins de santé, dont les répercussions sur la pénurie de professionnels de la santé sur la capacité des patients à recevoir des soins de qualité quand et où ils...

**Le président :** Pardon, monsieur le ministre, nous éprouvons un défi technique. Nous devons suspendre la réunion pour régler ce problème pour être en mesure de vous entendre adéquatement. Je vous remercie de votre patience.

Nous reprenons la séance. Nous sommes prêts à vous entendre, semble-t-il. Il n'y a pas de problème technique. Merci de votre patience.

**M. Duclos :** Parallèlement, les communautés de langue officielle en situation minoritaire continuent d'avoir du mal à obtenir des services de santé dans la langue officielle de leur choix.

C'est donc dans ce contexte que, en février dernier, le gouvernement canadien a présenté un plan visant à investir près de 200 milliards de dollars supplémentaires sur 10 ans, dont 46,2 milliards de dollars en nouveaux fonds versés aux provinces et aux territoires pour renforcer notre système public de soins de santé et améliorer les services aux Canadiennes et aux Canadiens.

As part of this plan, the federal government will provide \$25 billion through bilateral agreements to support the specific ambitions of the provinces and territories. To receive that funding, the provinces and territories have agreed to respect certain fundamental principles, including taking into account equal access for equity-seeking individuals and groups, including those from official language minority communities.

These investments will be supported by efforts to shore up the health workforce, such as the plan to streamline foreign credential recognition for internationally educated health professionals. Together, these measures will help create better results for Canadians, no matter where they live or what language they speak.

Having said that, we know that individuals from official language minority communities encounter difficulties accessing health services in the language of their choice, which has a negative impact on the quality and safety of the care they receive. Canadians rightfully expect to be able to communicate with their health care provider in the official language of their choice.

That is why we have a dedicated program, Health Canada's Official Languages Health Program, which works to improve access to health services in the official language of choice for people in these communities.

Over the past five years, this program has received \$101.2 million under the Action Plan for Official Languages. This has allowed for a range of investments in three complementary areas: increasing the availability and retention of bilingual health service providers, strengthening local health networks that work with various partners to improve access to health services for these communities, and supporting projects that generally enhance access to health services.

[English]

To ensure that the Official Languages Health Program continues to meet the needs of the communities it serves, a consultation process was launched in early 2022. Through this process, we learned about the personal experiences of people in these official language minority communities as they attempted to access health services in their official language of choice. The results have helped inform the future of the Official Languages Health Program and its priorities over the next five years.

Dans le cadre de ce plan, le gouvernement fédéral fournira 25 milliards de dollars par le biais d'accords bilatéraux afin d'appuyer les ambitions particulières des provinces et des territoires. Afin de recevoir ce financement, les provinces et les territoires ont accepté de respecter certains principes fondamentaux, notamment de tenir compte de l'égalité d'accès pour les personnes et les groupes en quête d'équité, y compris celles et ceux qui sont issus de communautés de langue officielle en situation minoritaire.

Ces investissements seront appuyés par des efforts visant à renforcer des effectifs en santé, comme le plan visant à simplifier la reconnaissance des titres de compétences étrangers pour les professionnels de la santé qualifiés à l'étranger. Ces mesures conjuguées permettront d'obtenir de meilleurs résultats pour les Canadiennes et les Canadiens, et ce, peu importe leur lieu de résidence ou leur langue.

Cela dit, nous savons que les personnes issues de communautés de langue officielle en situation minoritaire ont de la difficulté à accéder aux services de santé dans la langue de leur choix, ce qui a un impact négatif sur la qualité et la sécurité des soins reçus. Les Canadiennes et les Canadiens s'attendent, avec raison, à pouvoir communiquer avec leur fournisseur de soins de santé dans la langue officielle de leur choix.

C'est pour cette raison que nous disposons d'un programme spécialisé, le Programme pour les langues officielles en santé de Santé Canada, qui vise à améliorer l'accès aux services de santé dans la langue officielle choisie pour les membres de ces communautés.

Au cours des cinq dernières années, ce programme a reçu 101,2 millions de dollars dans le cadre du Plan d'action pour les langues officielles. Cela a permis de réaliser une série d'investissements dans trois domaines complémentaires : améliorer la disponibilité et le maintien en poste des fournisseurs de services de santé bilingues, renforcer les réseaux de la santé locaux qui travaillent avec divers partenaires pour améliorer l'accès aux services de santé pour ces communautés et soutenir des projets qui améliorent généralement l'accès aux services de santé.

[Traduction]

Pour nous assurer que le Programme pour les langues officielles en santé continue de répondre aux besoins des communautés qu'il sert, nous avons lancé un processus de consultation au début de 2022. Ce processus nous a permis de connaître les expériences personnelles des membres de ces communautés de langue officielle en situation minoritaire qui tentaient d'accéder à des services de santé dans la langue officielle de leur choix. Les résultats ont permis d'éclairer l'avenir du Programme pour les langues officielles en santé et ses priorités pour les cinq prochaines années.

Budget 2023 confirmed that, in addition to the existing funding of \$192.2 million that Health Canada's Official Languages Health Program will receive between 2023 and 2028, the program will also receive an additional \$14.5 million to support nonprofit organizations that serve these communities, as well as to enhance capacity to train additional bilingual nurses and personal support care workers.

In addition to the Official Languages Health Program, there are other initiatives under the health portfolio that help improve access to public health supports for official language minority communities. For example, the Public Health Agency of Canada supports projects to improve access to maternal and child health programming for these communities. The Canadian Institutes of Health Research also supports research projects to increase our understanding of health needs of official language minority communities. Finally, the health portfolio collaborates with Statistics Canada to develop surveys and analyze data that capture the views and experiences of individuals living in official language minority communities. This helps us better understand the challenges they face.

[*Translation*]

In conclusion, equitable access to care is one of the principles on which our health care system is built. Our government is striving to meet the highest standards of accessibility, to ensure that every Canadian receives the care they need and deserve.

I would now be pleased to answer your questions. Thank you.

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

We will move on to the question period. I would ask that members in the room please refrain from leaning in too close to their microphone or remove their earpiece when doing so. This will prevent any feedback that could negatively impact the committee staff in the room.

Being well aware of the time available to us, I suggest, as usual, for the first round, that five minutes be allotted for each question, followed by the answer to each one.

We will begin this round with Senator Gagné.

**Senator Gagné:** Minister, welcome to the Standing Senate Committee on Official Languages. I'm pleased to have you here this evening. I also thank the representatives from the department for being with us.

Selon le budget de 2023, en plus du financement de 192,2 millions de dollars que le Programme pour les langues officielles en santé de Santé Canada recevra entre 2023 et 2028, 14,5 millions de dollars seront versés au programme pour soutenir les organismes sans but lucratif qui travaillent auprès de ces communautés et renforcer la capacité de former davantage d'infirmières et de préposés aux services de soutien à la personne bilingues.

Outre le Programme pour les langues officielles en santé, d'autres initiatives du portefeuille de la Santé contribuent à améliorer l'accès des communautés de langue officielle en situation minoritaire aux services de santé publique. Par exemple, l'Agence de la santé publique du Canada soutient des projets visant à améliorer l'accès aux programmes de santé maternelle et infantile pour ces communautés. Les Instituts de recherche en santé du Canada soutiennent également des projets de recherche visant à améliorer notre compréhension des besoins des communautés de langue officielle en situation minoritaire en matière de santé. Enfin, le portefeuille de la Santé travaille avec Statistique Canada à l'élaboration d'enquêtes et à l'analyse de données qui rendent compte des opinions et des expériences des personnes vivant dans des communautés de langue officielle en situation minoritaire. Cela nous aide à mieux comprendre les défis auxquels elles font face.

[*Français*]

En conclusion, l'accès équitable aux soins est l'un des principes sur lesquels repose notre système de soins de santé. Notre gouvernement s'efforce de respecter les normes d'accessibilité les plus élevées, afin que chaque personne au pays reçoive les soins dont elle a besoin et auxquels elle a droit.

Je serai maintenant très heureux de répondre à vos questions. Je vous remercie.

**Le président :** Merci beaucoup, monsieur le ministre.

Nous allons passer à la période des questions. Je demanderais aux membres du comité présents dans la salle de s'abstenir de se pencher trop près de leur microphone ou de retirer leur oreillette lorsqu'ils le font. Cela permettra d'éviter tout retour sonore qui pourrait avoir un impact négatif sur le personnel du comité qui se trouve dans la salle.

Comme je suis bien conscient du temps que nous avons à notre disposition, je propose comme d'habitude, pour ce premier tour de table, cinq minutes par question, qui sera suivie de la réponse pour chacun.

Nous commençons ce tour de table avec la sénatrice Gagné.

**La sénatrice Gagné :** Monsieur le ministre, bienvenue au Comité sénatorial permanent des langues officielles. Je suis heureuse de vous recevoir ce soir. Je remercie également les représentants du ministère d'être parmi nous.

I'll begin by welcoming the investments that were announced. I'm absolutely certain that the provinces, and particularly official language minority communities, were pleased with those announcements.

I'm also interested in the legislative measures that will lead the government to include permanent measures in the legislation to ensure the development of official language minority communities.

We know very well that an amendment to Bill C-13 was adopted in the House of Commons Standing Committee on Official Languages. It was an amendment to section 21 that was adopted unanimously. That amendment states that the federal government must take the necessary steps to promote the inclusion, in agreements negotiated with the provinces and territories, of provisions that set out the official languages obligations of the parties under those agreements.

Official language minority communities had long been seeking that amendment. In my view, it is a first step. We hope that the amendment will be adopted at third reading and that the bill will reach the Senate very soon. The issue of language clauses is certainly an extremely important one. I'd like to hear from you on that, but I'd also like to ask you a question about an entirely different topic.

Do you think it would be appropriate to consider a possible revision of the Canada Health Act to include a specific commitment to official languages, that would attach official language conditions to the federal government's spending authority?

**Mr. Duclos:** Thank you very much, Senator Gagné. I'm pleased to hear your question, especially since, coming from Manitoba, you know the importance, resilience and pride of living in an official language minority community.

You asked two questions. The first is related to language clauses. I agree entirely, which is why, in our discussions with the provinces and territories and in discussions we've already had since February 7 with the provinces and territories, we have clearly indicated that federal government investments must be used to ensure equitable access to health care, including for people living in official language minority communities.

That requires commitment, recognition of key indicators and subsequent reporting to be able to monitor progress in the commitment to equitable services. The indicators, for example, can be the rate of access to a family physician for people living in official language minority communities, or access to various

Je vais commencer par saluer les investissements qui ont été annoncés. Je suis absolument certaine que les provinces, et surtout les communautés de langue officielle en situation minoritaire, ont bien accueilli ces annonces.

Je suis aussi intéressée par les mesures législatives qui amèneraient le gouvernement à assurer des mesures permanentes dans les lois, afin d'assurer le développement des communautés de langue officielle en situation minoritaire.

Nous savons très bien qu'un amendement au projet de loi C-13 a été adopté au Comité des langues officielles de la Chambre des communes. Il s'agit d'un amendement à l'article 21 qui a été adopté à l'unanimité. Cet amendement stipule que le gouvernement fédéral doit prendre les mesures nécessaires pour favoriser, dans les accords négociés avec les provinces et les territoires, l'inclusion de dispositions qui établissent les obligations incombant aux parties en matière de langues officielles dans le cadre de ces accords.

Cet amendement était réclamé depuis longtemps par des communautés de langue officielle en situation minoritaire. Il s'agit, selon moi, d'une première étape; nous espérons que l'amendement sera adopté à l'étape de la troisième lecture et que le projet de loi arrivera très bientôt au Sénat. La question des clauses linguistiques est assurément un sujet extrêmement important. J'aimerais vous entendre à ce sujet, mais j'aimerais aussi vous poser une question sur un tout autre sujet.

Croyez-vous qu'il serait opportun d'envisager une éventuelle révision de la Loi canadienne sur la santé afin d'y inclure un engagement spécifique en matière de langues officielles, lequel viserait à rattacher des conditions liées aux langues officielles dans le cadre du pouvoir de dépenser du gouvernement fédéral?

**M. Duclos :** Merci beaucoup, sénatrice Gagné. Je suis heureux d'entendre votre question, d'autant plus que, puisque vous venez du Manitoba, vous connaissez l'importance, la résilience et la fierté de vivre au sein d'une communauté de langue officielle en situation minoritaire.

Vous posez deux questions. La première a trait aux clauses linguistiques. Je suis tout à fait d'accord; c'est pour cela que, dans les échanges que nous avons avec les provinces et les territoires et dans les échanges que nous avons déjà eus depuis le 7 février avec les provinces et les territoires, nous avons clairement indiqué que les investissements du gouvernement canadien doivent servir à assurer une accessibilité équitable aux soins de santé, y compris pour les personnes qui vivent dans des communautés de langue officielle en situation minoritaire.

Cela demande à la fois un travail d'engagement, un travail de reconnaissance des indicateurs clés et un travail visant à faire des rapports par la suite, pour être en mesure de suivre les progrès réalisés en matière d'engagement de service équitable. Les indicateurs peuvent être, par exemple, le taux d'accès à la

appropriate mental health services; it could also be the hiring of workers, nurses and physicians in those communities.

This has been clearly stated, in black and white. The discussions we've had to date have reiterated it several times. It is on that basis that we will continue to ensure that those agreements include those clauses and commitments on both sides, because the Government of Canada must also lead by example and provide the financial support needed.

With respect to the Canada Health Act, there are several principles, as you know. If I can summarize two of those principles into one, it is equitable access. Yes, there is the issue of access, but access must also be fair, based on health conditions, obviously, but also living conditions.

As part of our relationships with the provinces and territories, when we assess whether the provinces are meeting these access conditions, we look at whether people living in official language minority communities receive, in an equitable way, the health care to which they are entitled.

Of course, we do this in a manner that respects provincial jurisdictions, as provinces have the ultimate jurisdiction to determine their health care actions.

**Senator Gagné:** As for the specific commitment to official languages, I know that a bill was already introduced almost 20 years ago, if not more, in which a specific commitment to official languages was requested.

Could you elaborate on that?

**Mr. Duclos:** In the bill before the House of Commons, which we hope will reach the Senate very soon, health care is among the priority areas, if memory serves me. The officials will be able to confirm that.

**Senator Mégie:** I welcome you, minister, and the officials who are with you. Thank you for coming to testify at our health study.

The order of reference for this study, which discusses minority language health services, mentions the need to look at telemedicine and the use of new technologies in the health sector, including the language challenges that arise. That echoes your mandate letter.

médecine familiale pour les gens qui habitent dans des communautés de langue officielle en situation minoritaire, ou l'accès à des services de soins de santé mentale appropriés; cela peut être aussi l'embauche de travailleurs, d'infirmières et de médecins dans ces communautés.

On l'a clairement établi, noir sur blanc. Les échanges que nous avons eus jusqu'à maintenant l'ont réitéré à plusieurs reprises. C'est sur cette base que nous continuerons de nous assurer qu'il y a, dans ces ententes, ces clauses et ces engagements de part et d'autre, car le gouvernement canadien doit aussi montrer l'exemple et fournir les appuis financiers nécessaires.

En ce qui a trait à la Loi canadienne sur la santé, il existe plusieurs principes, comme vous le savez. Si je peux résumer deux des principes en un seul, il s'agit d'accessibilité équitable. Oui, il y a la question de l'accès, mais l'accès doit aussi être juste, en fonction des conditions de santé, évidemment, mais aussi des conditions de vie.

Dans le cadre de nos relations avec les provinces et les territoires, lorsque nous évaluons si les provinces respectent ces conditions d'accessibilité, nous examinons si les personnes qui habitent et vivent dans des communautés de langue officielle en situation minoritaire reçoivent, de manière équitable, les soins de santé auxquels elles ont droit.

Évidemment, nous faisons cela dans le respect des compétences provinciales, puisque les provinces ont la compétence finale d'établir leurs actions en matière de soins de santé.

**La sénatrice Gagné :** En ce qui concerne l'engagement spécifique en matière de langues officielles, je sais qu'un projet de loi a déjà été présenté il y a près de 20 ans, si ce n'est pas plus, dans lequel on avait demandé un engagement spécifique en matière de langues officielles.

Pourriez-vous nous donner plus de précisions à ce sujet?

**M. Duclos :** Dans le projet de loi à l'étude à la Chambre des communes, lequel, nous l'espérons, parviendra très prochainement et rapidement au Sénat, le secteur de la santé se trouve parmi les secteurs prioritaires, si je me souviens bien. Les fonctionnaires pourront le confirmer.

**La sénatrice Mégie :** Je vous souhaite la bienvenue, monsieur le ministre, ainsi qu'aux fonctionnaires qui vous accompagnent. Merci de venir témoigner à l'occasion de notre étude sur la santé.

Dans l'ordre de renvoi de la présente étude, qui parle des services de santé dans la langue de la minorité, on mentionne qu'il faut porter un regard sur la télémédecine et sur l'utilisation des nouvelles technologies dans le secteur de la santé, notamment pour ce qui est des défis linguistiques qui en découlent. Cela fait écho à votre lettre de mandat.

Minister, could you explain how the government is ensuring that the development and use of health applications that use artificial intelligence are accessible in both official languages? How will you ensure that they comply with the Canada Health Act?

**Mr. Duclos:** Thank you. I'd like to say three things about that. First is that these technological developments, as you've mentioned, are both quick and generally positive. Telemedicine, digital health and virtual health care all contribute not only to greater efficiency in health care delivery, but also to greater speed in some cases.

Clearly, the safety of health care is often better ensured when the information in the medical files circulates more easily, but that can also ensure greater equity, particularly for those living, for example, in remote or rural areas. There are also a lot of minority francophones and anglophones who live quite a distance from the centres where most health workers are located.

If that technology is used correctly, virtual care and digital information sharing can help foster greater equity and greater access to that health care.

That said, the third aspect is the jurisdictional aspect, meaning that it's the provinces and territories who will ultimately determine the specific actions they'll want to put in place and the populations to be served more quickly through those technological developments, which also include not only technological developments, but also developments in scopes of practice.

As a health professional, you know very well the extent to which jurisdictions can be better used when scopes of practice are appropriately expanded or enhanced. Sometimes, in minority settings, there are not a lot of specialists, but there may be nurse practitioners, nurses or physician assistants who can provide appropriate health care, always in the official language of those communities.

From a health and language standpoint, we believe that these technologies and this greater flexibility in scope of practice can improve equity and access to care in minority settings.

**Senator Mégie:** Thank you. I have a question that is related more to health in terms of Canada's new guidance on alcohol and health. I don't know the extent of your jurisdiction in this respect, but you know that, with these new standards, policy changes are being proposed, particularly with respect to the

Monsieur le ministre, pourriez-vous nous expliquer comment le gouvernement veille à ce que le développement et l'utilisation des applications en matière de santé qui se servent de l'intelligence artificielle soient accessibles dans les deux langues officielles? Comment allez-vous vous assurer de leur conformité à la Loi canadienne sur la santé?

**M. Duclos :** Merci. J'aimerais dire trois choses à ce sujet. La première, c'est que ces développements technologiques, comme vous y avez fait allusion, sont à la fois rapides et généralement positifs. La télémédecine, la santé digitale et les soins de santé virtuels, tout cela peut contribuer non seulement à une plus grande efficacité dans la livraison des soins de santé, mais aussi à une plus grande rapidité dans certains cas.

Évidemment, la sécurité des soins est souvent mieux assurée lorsque les informations sur les dossiers médicaux circulent plus facilement, mais cela peut aussi assurer une plus grande équité, en particulier pour ceux qui habitent, par exemple, en milieu éloigné ou en milieu rural. D'ailleurs, on retrouve beaucoup de francophones et d'anglophones en milieu minoritaire qui habitent assez loin des centres où se retrouve la grande majorité des travailleurs de la santé.

Si on utilise correctement cette technologie, les soins virtuels et le partage d'information de manière numérique peuvent permettre de favoriser une plus grande équité et une plus grande accessibilité à ces soins de santé.

Cela dit, le troisième aspect, c'est l'aspect juridictionnel, c'est-à-dire que ce sont les provinces et les territoires qui, à la fin, détermineront les actions précises qu'elles ou ils voudront mettre en place et quelles populations seront servies plus rapidement à l'aide de ces développements technologiques, qui incluent d'ailleurs non seulement les développements technologiques, mais aussi les développements dans les champs de pratique.

Vous savez très bien, puisque vous êtes une professionnelle de la santé, à quel point les compétences peuvent être mieux mises à profit lorsqu'on élargit ou on étend les champs de pratique de manière appropriée. Parfois, en milieu minoritaire, il n'y a pas beaucoup de médecins spécialistes, mais il peut y avoir des infirmières praticiennes, des infirmières, des médecins assistants qui peuvent donner des soins de santé de manière appropriée, et ce, toujours dans la langue de choix de ces communautés.

On pense que, du point de vue de la santé et en matière linguistique, ces technologies et cette plus grande souplesse dans les champs de pratique peuvent améliorer l'équité et l'accès aux soins en milieu minoritaire.

**La sénatrice Mégie :** Merci. J'ai une question qui touche davantage la santé au sujet des nouveaux repères canadiens sur l'alcool et la santé. Je ne sais pas jusqu'où va votre champ d'application à cet effet, mais vous savez que, avec ces nouvelles normes, on propose des changements de politique,

labelling of alcoholic beverages. Given the effectiveness of health-related labelling, which has been scientifically demonstrated, would you be in favour of such an approach to better inform the public about health problems? Have you thought about this within your department, in terms of how to go about getting such a form of information to the public?

**Mr. Duclos:** Excellent question. Thank you for asking it. There are three examples. The first is the report you correctly referred to, which is obviously available. The media have covered it a lot in recent weeks. People have been able to consult it in many cases.

The second thing: some would like that report to be even easier to access, on a Health Canada website, for example. We'll see if that is useful. When I say "we," I'm referring to my colleague Minister Bennett, who is very familiar with both the file and how to pursue her discussions and her work with specialists and partners on the issue.

The third thing: in terms of labelling, Ms. Bennett has already addressed it and said that it was one of the options being considered. That's a good question for her. Again, she's the best person, the most committed and the one who has done the most work with experts, including clinicians like yourself, Senator Mégie. In your work over the years, you know how much information can help people make the best possible decisions for their health.

**Senator Moncion:** Minister, thank you for being with us, as well as your staff.

My question is related to the comment you made in your speaking notes. You talked about credential recognition for people arriving from abroad.

I'd like to hear from you about provincial and federal jurisdictions in this area and on how you would verify those credentials.

**Mr. Duclos:** Thank you for your question. As you mentioned, this is in fact a matter of provincial and territorial jurisdiction. Under the Constitution, the provinces and territories are responsible for the conditions and criteria that govern the health care duties performed by people such as physicians, nurses, pharmacists or other health professionals. Often, the provinces and territories delegate that regulatory work to professional bodies, which are managed and governed by legislation and regulations passed by those provinces and territories.

particulièrement par rapport à l'étiquetage des boissons alcoolisées. Considérant l'efficacité de l'étiquetage pour la santé, qui a été scientifiquement démontrée, seriez-vous favorable à une telle approche pour mieux informer la population sur les problèmes de santé? Y avez-vous pensé au sein de votre ministère, pour décider de la façon de procéder pour obtenir une telle forme d'information pour le public?

**M. Duclos :** Excellente question. Merci de la poser. Il y a trois exemples. Le premier, c'est le rapport auquel vous avez fait correctement référence, qui est évidemment disponible. Les médias en ont beaucoup parlé au cours des dernières semaines. Les gens ont pu le consulter dans plusieurs cas.

Deuxième chose : certains aimeraient que ce rapport soit encore plus facilement accessible, sur un site Web de Santé Canada, par exemple. On verra si c'est utile. Quand je dis « on », je parle de ma collègue la ministre Bennett, qui connaît bien à la fois le dossier et la façon de poursuivre ses échanges et ses travaux avec les spécialistes et les partenaires sur la question.

Troisième chose : en matière d'étiquetage, Mme Bennett s'est déjà prononcée et elle a dit que c'était une des options qui étaient envisagées. Ce sera une bonne question à lui poser. Encore une fois, c'est la meilleure personne, la plus engagée et celle qui a le plus travaillé auprès des experts, y compris des cliniciens comme vous, sénatrice Mégie. Dans le travail que vous avez fait au cours des années, vous savez à quel point l'information peut aider les gens à prendre les meilleures décisions possibles pour leur santé.

**La sénatrice Moncion :** Monsieur le ministre, merci d'être avec nous, ainsi que votre personnel.

Ma question touche un commentaire que vous avez fait dans vos notes d'allocation. Vous avez parlé de la reconnaissance des titres de compétences de personnes qui viendraient de pays étranger.

Je voudrais vous entendre sur les compétences provinciales et fédérales en cette matière et sur la façon dont vous vérifierez ces compétences.

**M. Duclos :** Merci de votre question. Comme vous y avez fait allusion, il s'agit effectivement d'une compétence provinciale et territoriale. Ce sont les provinces et les territoires qui, conformément à la Constitution, sont responsables des conditions et des critères par lesquels les gens peuvent exercer une fonction dans le secteur de la santé, une fonction comme celle de médecin, infirmière, pharmacien ou autre professionnel de la santé. Souvent, les provinces et les territoires délèguent ce travail réglementaire à des ordres professionnels, qui sont donc gérés et régis par des lois et des règlements de ces provinces et territoires.

That said, the Government of Canada works closely with the provinces and territories on immigration issues, which are quite complementary to issues related to the recognition of credentials. That is why, in recent weeks and months, the work has accelerated and together — the provinces, the territories and federal government — we can see how we can better coordinate the arrival of people in the country with respect to immigration. Once they are here, we must facilitate and accelerate the recognition of their foreign credentials so that they can easily put their talents and skills to work in communities, including minority language communities.

We believe that this issue must also be considered. If the arrival of foreign workers is facilitated, the arrival of workers who can then live, grow and work in the minority language environment can also be facilitated.

So, this is a collaborative effort and we see, by looking at what's been done in the Atlantic provinces in the last few weeks — where they announced that they would be creating a regional registry of physicians — how we could extend that regional registry across the country for provinces that would like to take part in that initiative. It could also be done in a parallel fashion with other health care professionals.

**Senator Moncion:** Thank you. My second question is more about the latest iteration of health transfers that you negotiated with your provincial counterparts. Certain conditions were attached to the transfers this time. Could you tell us about some of those conditions?

**Mr. Duclos:** It's really about the 3 Rs: respect, responsibility and results. Respect for jurisdictions: The Government of Canada can never claim that it wants to or can manage hospitals, professional bodies and physicians. That is a shared responsibility, as we all have the same responsibility for caring for the same people, with the same dollars and with a focus on outcomes. That's what is new here. Based on lessons we've learned and the implementation of the 2017 agreements concerning mental health, community care and home care, we've seen that we can go further and do more by asking the provinces and territories to provide action plans outlining the priority areas where additional resources from the Government of Canada would be invested.

Overall, family medicine, mental health, workers and modern data systems are the four main areas in which the provinces want to invest the federal government resources, and they want to associate those investments with targets and timelines — for example, how many more people will be able to access a family

Cela dit, le gouvernement canadien travaille en collaboration avec les provinces et les territoires sur les questions d'immigration, qui sont tout à fait complémentaires aux questions liées à la reconnaissance des compétences. C'est pour cette raison que, au cours des derniers mois et des dernières semaines, le travail a été accéléré, et on peut voir ensemble — soit les provinces, les territoires et le gouvernement canadien — de quelle manière on pourrait arrimer davantage la venue des gens au pays en matière d'immigration. Une fois qu'ils sont au pays, on doit faciliter et accélérer la reconnaissance de leurs compétences acquises à l'étranger pour qu'ils puissent facilement mettre leurs talents et leurs compétences au service des communautés, y compris les communautés en milieu linguistique minoritaire.

On croit que cet enjeu doit lui aussi être considéré. Si on facilite la venue de travailleurs de l'étranger, on peut faciliter la venue de travailleurs qui peuvent ensuite aller vivre, grandir et travailler en milieu linguistique minoritaire.

Il s'agit donc d'un travail collaboratif et on voit, en regardant ce qui se fait dans les provinces de l'Atlantique depuis déjà quelques semaines — lorsqu'elles ont annoncé qu'elles allaient créer un registre régional de médecins —, de quelle manière on pourrait étendre ce registre régional à l'échelle de tout le pays pour les provinces qui souhaiteraient participer à cette initiative. On pourrait aussi le faire de manière parallèle avec d'autres professionnels de la santé.

**La sénatrice Moncion :** Merci. Ma deuxième question touche davantage la dernière mouture des transferts en matière de santé que vous avez négociés avec vos homologues provinciaux. Certaines conditions ont été attachées aux transferts cette fois-ci. Pourriez-vous nous parler de certaines de ces conditions?

**M. Duclos :** Il s'agit en fait des 3R, soit le respect, la responsabilité et le résultat. Le respect des compétences : le gouvernement canadien ne pourra jamais prétendre qu'il souhaite ou qu'il peut gérer les hôpitaux, les corps professionnels et les médecins. Il s'agit d'une responsabilité partagée, parce qu'on a tous la même responsabilité de prendre soin des mêmes personnes, avec les mêmes dollars et en mettant l'accent sur les résultats. C'est ce qui est nouveau ici. À partir des leçons que nous avons apprises et de la mise en œuvre des ententes de 2017 en matière de santé mentale, de soins communautaires et de soins à domicile, on a vu qu'on pouvait aller plus loin et faire encore mieux en demandant aux provinces et aux territoires de fournir des plans d'action indiquant dans quels domaines de priorité les ressources additionnelles du gouvernement canadien seraient investies.

En gros, la médecine familiale, la santé mentale, les travailleurs et les systèmes de données modernes sont les quatre principaux domaines dans lesquels les provinces souhaitent investir les ressources du gouvernement canadien, et elles veulent associer ces investissements à des cibles et des

physician, including in rural areas and official language minority communities. So, it's about targets, timelines and subsequent reporting by the provinces and territories on whether or not it was possible to meet those targets within the timelines.

**Senator Moncion:** Will the federal government set the targets or will that actually be done at the provincial level?

**Mr. Duclos:** The provinces set their targets, and the timelines are over three years because the first phase of the action plan will be over the next three years. So, the targets are set by the provinces to ensure better access to family medicine and other indicators related to the key priorities I summarized.

**Senator Dagenais:** Good evening, minister.

When we talk about respecting the two official languages and actions to improve the situation, I admit that I often have reservations about the effectiveness of the appropriate measures. Let me explain: I welcome the emphasis on bilingualism for access to the highest positions in the health field.

You're a francophone and you have meetings with decision makers in your department, who are in Ottawa and across the country. When you are there, it is surely because the meetings are important.

To what extent can those meetings you attend be held in French in Canada? Do you sincerely believe that, when francophones and anglophones are around the table, the meetings can be held in French?

**Mr. Duclos:** Thank you for the question, Senator Dagenais.

I recognize, emphasize and support the importance that we place on linguistic duality in Canada, including within the government. You are an ally and a strong advocate for the importance of bilingualism within the federal government and in the senior public service.

I can assure you that all meetings with my senior officials are held in French and English. In any case, if I want to use French or English, I can do so, because I know that my officials will be able to understand what I'm saying and respond in the language of their choice.

**Senator Dagenais:** I'd like to talk to you about the hospital sector and the particular situation in Quebec.

échéanciers — par exemple, combien de gens de plus ont été en mesure d'avoir accès à un médecin de famille, y compris en milieu rural et dans les communautés linguistiques en milieu minoritaire. On parle donc de cibles, d'échéanciers et de rapports que les provinces et les territoires pourront produire par la suite pour indiquer s'il a été possible d'atteindre ou non ces cibles dans les échéanciers prévus.

**La sénatrice Moncion :** Le gouvernement fédéral fixera-t-il les cibles ou est-ce que cela se fera vraiment à l'échelle provinciale?

**M. Duclos :** Ce sont les provinces qui établissent leurs cibles, et les échéanciers sont sur trois ans, parce que la première phase du plan d'action se fera au cours des trois prochaines années. On parle donc des cibles que les provinces se donnent pour assurer un meilleur accès à la médecine familiale et aux autres indicateurs liés aux grandes priorités que j'ai résumées.

**Le sénateur Dagenais :** Bonjour, monsieur le ministre.

Quand nous parlons du respect des deux langues officielles et des actions visant à améliorer la situation, je vous avoue que j'ai souvent des réserves sur l'efficacité des mesures appropriées. Je m'explique : je salue le fait qu'on mette l'accent sur le bilinguisme pour accéder aux plus hautes fonctions dans le domaine de la santé.

Vous êtes francophone et vous avez des réunions avec les décideurs de votre ministère, qui sont à Ottawa et partout au pays. Quand vous y êtes, c'est sûrement parce qu'il y a un caractère important à ces réunions.

Dans quelle mesure ce genre de réunions auxquelles vous participez peuvent-elles se tenir en français au Canada? Croyez-vous sincèrement que lorsqu'il y a des francophones et des anglophones autour de la table, ces réunions peuvent se tenir en français?

**M. Duclos :** Merci de la question, sénateur Dagenais.

Je reconnais, je souligne et j'appuie l'importance que vous accordez à la dualité linguistique au Canada, y compris au sein du gouvernement. Vous êtes un allié et un fervent défenseur de l'importance du bilinguisme au sein du gouvernement du Canada et de la haute fonction publique.

Je peux vous assurer que toutes les réunions avec mes hauts fonctionnaires se tiennent en français et en anglais. Dans tous les cas, si je souhaite utiliser le français ou l'anglais, je peux le faire, parce que je sais que mes hauts fonctionnaires pourront comprendre mes propos et me répondre dans la langue de leur choix.

**Le sénateur Dagenais :** J'aimerais vous parler du milieu hospitalier et de la situation particulière du Québec.

In Montreal, anglophones have access to an English-language school board, and English-language CEGEPs, universities and hospitals. The reverse is far from true in the rest of Canada.

How do you react when anglophones in Quebec present themselves as a minority and feel that the services they already receive in their mother tongue could be threatened by some of the provisions of Bill C-13?

**Mr. Duclos:** Thank you for highlighting the importance of this bill. As I said earlier, I look forward to seeing this bill supported by the Senate.

This is a bill that makes a big difference in the context you described. For the first time in Canada's history, it is being recognized that there are anglophone and francophone linguistic minorities across the country. It is also recognized that French must be defended across the country, including in Quebec, because, as everyone knows, French is a minority language in Canada, on the continent and around the world. There must be genuine equality. It must be recognized that French is more fragile and threatened, not because Canadians think that French is less important than English, but simply because the linguistic weight of French in Canada and on the continent is not conducive to the survival and promotion of French as a language of work and of life. That's why Bill C-13 is so important.

I look forward to the senators studying this bill. We will be able to build on this foundation to move to another stage, which often makes a statement that should be clear. I think it's clear that French is a minority language not only in other provinces in Canada, but elsewhere in North America as well.

**Senator Dagenais:** Thank you, minister.

**Senator Clement:** Good evening, minister.

I'm pleased to see you here with your colleagues. I thank you for being with us.

My question is about the intersection between language in a minority context and Black and racialized communities. The pandemic had a negative impact on the health of all Canadians, but it also had particularly negative consequences for Black and racialized communities. Senator McCallum tabled a motion in the Senate to add a sixth pillar to the Canada Health Act that would address anti-racism.

À Montréal, les anglophones ont accès à une commission scolaire, à des cégeps, à des universités et à des hôpitaux anglophones. L'inverse est loin d'exister dans le reste du Canada.

Comment réagissez-vous quand les anglophones du Québec se présentent comme une minorité et estiment que les services qu'ils reçoivent déjà dans leur langue maternelle peuvent être menacés par certaines dispositions du projet de loi C-13?

**M. Duclos :** Merci de souligner l'importance de ce projet de loi. Comme je l'ai mentionné plus tôt, j'ai hâte de voir ce projet de loi appuyé par le Sénat.

C'est un projet de loi qui fait une grande différence dans le contexte que vous avez décrit. Pour la première fois dans l'histoire du pays, on reconnaît qu'il existe des minorités linguistiques anglophones et francophones partout au pays. On reconnaît qu'il faut aussi défendre le français partout au pays, y compris au Québec, parce que, comme tout le monde le sait, le français est minoritaire au Canada, sur le continent et à l'échelle de la planète. Il faut qu'il y ait une vraie égalité. Il faut reconnaître que le français est plus fragile et menacé, non pas parce que les Canadiens pensent que le français est moins important que l'anglais, mais tout simplement parce que le poids linguistique du français au pays et sur le continent est très défavorable à la survie et à la promotion du français comme langue de travail et langue d'existence. C'est pour cette raison que le projet de loi C-13 est important.

J'ai bien hâte de voir les sénateurs et les sénatrices étudier ce projet de loi. Nous pourrions bâtir sur cette base pour passer à une autre étape, qui pose souvent un constat qui devrait être clair. Je pense qu'il est clair que le français est minoritaire non seulement dans les autres provinces au pays, mais aussi ailleurs en Amérique du Nord.

**Le sénateur Dagenais :** Merci, monsieur le ministre.

**La sénatrice Clement :** Bonjour, monsieur le ministre.

Je suis contente de vous voir ici avec vos collègues. Je vous remercie d'être des nôtres.

Ma question concerne l'intersection entre la langue en contexte minoritaire et les communautés noires et racialisées. La pandémie a eu un effet néfaste sur la santé de tous les Canadiens, mais elle a aussi eu des conséquences particulièrement négatives sur les communautés noires et racialisées. La sénatrice McCallum a déposé une motion au Sénat pour ajouter un sixième pilier à la Loi canadienne sur la santé qui traiterai de l'antiracisme.

Without taking a position on that motion, I would like to hear your comments on the federal government's role in intersectionality in the context of health and how the federal government could measure success or progress in that area.

**Mr. Duclos:** Thank you very much for the question, Senator Clement.

I will take this opportunity to talk to you about what you already do very well, namely intersectionality.

We are a people with multiple identities. It is the intersection of those many identities that make us richer. However, that intersectionality sometimes presents significant challenges in terms of inclusion, and it's important to recognize that. That multiplicity of identities is sometimes more visible or more hidden. It makes us stronger, richer, but it is important to recognize that in the case of racialized and francophone people, there can be significant challenges related to participation and inclusion.

For the first time in history, we reached the target of 4.4% francophone immigration in 2022. Since 2015, we have seen four times more francophone immigrants settle in provinces other than Quebec. That is major progress that many of you had been hoping for for a long time. We met that target last year. That doesn't mean that we should stop there. We must continue our efforts. For a very long time, there has been a deficit in francophone immigration outside Quebec.

We must continue and do even better. Most francophones who arrive from outside Canada are from sub-Saharan Africa, North Africa and West Africa. Some are also from other regions in Europe. When they come from Europe, they come from other communities that may be racialized. When we strengthen French-language intake services, we help these populations, who are often racialized, to integrate, to participate, to feel included more quickly and more effectively in the communities.

As you said, we have to recognize that this is not just about language. It can involve other aspects that may lead to exclusion and discrimination.

I look forward to working with you and my other colleagues to ensure that we all have the same opportunity to live healthy and safe lives in Canada, regardless of the colour of our skin, our language, our backgrounds and who we are.

**Senator Clement:** Thank you, minister.

**Senator Dalphond:** Welcome to the Senate, minister. I have a few questions that stem from those that were already asked.

Sans vous prononcer sur cette motion, je voudrais entendre vos commentaires sur le rôle du gouvernement fédéral en ce qui concerne l'intersection dans le contexte de la santé et sur la façon dont le gouvernement fédéral pourra mesurer un succès ou des progrès dans ce domaine.

**M. Duclos :** Merci beaucoup de la question, sénatrice Clement.

Je vais en profiter pour parler de ce que vous faites déjà très bien, soit l'intersectionnalité.

Nous sommes des gens ayant une identité multiple. C'est l'intersection de ces identités multiples qui nous rend plus riches. Toutefois, cette intersectionnalité pose parfois des défis importants en matière d'inclusion, et il est important de le reconnaître. Cette multiplicité d'identités est parfois plus visible ou plus cachée. Cela nous rend plus forts, plus riches, mais il faut reconnaître que, dans le cas des personnes racialisées et francophones, il peut y avoir des défis considérables en matière de participation et d'inclusion.

Pour la première fois de l'histoire, nous avons atteint la cible de 4,4 % d'immigration francophone en 2022. Depuis 2015, on a quatre fois plus d'immigrants francophones qui viennent s'installer dans les provinces autres que le Québec. C'est un progrès majeur que plusieurs d'entre vous espéraient depuis longtemps. Nous avons atteint cette cible l'an dernier. Cela ne veut pas dire qu'il faut s'arrêter là. Il faut poursuivre nos efforts. Depuis trop longtemps, on fait face à un déficit d'immigration francophone à l'extérieur du Québec.

Il faut continuer de faire encore mieux. La plupart des francophones qui arrivent de l'extérieur du Canada viennent de l'Afrique subsaharienne, de l'Afrique du Nord et de l'Afrique de l'Ouest. Certains viennent aussi d'autres régions de l'Europe. Quand ils arrivent de l'Europe, ils arrivent avec d'autres communautés qui peuvent être racialisées. Quand on renforce les services d'accueil en français, on aide ces populations, qui sont souvent racialisées, à s'intégrer, à participer, à se sentir incluses plus rapidement et plus efficacement dans les communautés.

Comme vous l'avez dit, il faut reconnaître que cela ne touche pas seulement la langue. Cela peut toucher d'autres aspects qui peuvent mener à l'exclusion et à la discrimination.

J'ai hâte de travailler avec vous et avec mes autres collègues pour faire en sorte que nous ayons tous la même chance de vivre en santé et en sécurité au Canada, et ce, peu importe la couleur de notre peau, notre langue, nos origines et qui nous sommes.

**La sénatrice Clement :** Merci, monsieur le ministre.

**Le sénateur Dalphond :** Bienvenue au Sénat, monsieur le ministre. J'ai quelques questions qui découlent de celles qui ont déjà été posées.

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

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

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.

**Senator Mockler:** Minister, I am seeking clarification on some of the comments and questions that were asked previously. For the past few years, the federal government's position has been that French is declining across Canada.

Although I more than agree with that statement, particularly after the health care I have received and that I still qualify as the best in the world — and by far — I believe that minority language communities must be given the means to flourish within our great country.

However, the agreements reached between the federal government and the provinces and territories concerning early childhood education do not ensure that the funds will go specifically to the targeted communities. In that case, as Minister of Health, how can you assure us that you will not make the same mistake?

**Mr. Duclos:** Thank you, Senator Mockler, for making the connection between early childhood and health. In 2018, when we first reached agreements to support early childhood education in New Brunswick, there were clear provisions by which New Brunswick committed to investing in better access, greater affordability and greater quality of child care services, including for francophones in the province.

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.

**Le sénateur Mockler :** Monsieur le ministre, je cherche à obtenir des précisions sur certains commentaires et sur certaines questions qui ont été posées précédemment. Depuis quelques années, la position du gouvernement fédéral est que le français est en déclin partout au Canada.

Bien que je sois plus que d'accord avec cet énoncé, surtout à la suite des soins de santé que j'ai reçus et que je qualifie encore de meilleurs au monde — et de loin —, je crois qu'il faut donner les moyens aux communautés linguistiques en situation minoritaire de s'épanouir à l'intérieur de notre grand pays.

Cependant, les ententes conclues entre le fédéral et les provinces et territoires au sujet de la petite enfance n'assurent pas que les fonds iront spécifiquement aux communautés ciblées. Dans un tel cas, comment, à titre de ministre de la Santé, pouvez-vous nous assurer que vous ne commettrez pas la même erreur?

**M. Duclos :** Merci, sénateur Mockler, de faire le lien entre la petite enfance et la santé. En 2018, lorsque nous avons conclu pour la première fois des ententes pour appuyer les services de garde éducatifs au Nouveau-Brunswick, il y avait des dispositions claires selon lesquelles le Nouveau-Brunswick s'engageait à investir dans une meilleure accessibilité, une plus grande abordabilité et une plus grande qualité des services de garde, y compris pour les francophones de la province.

However, it is clear that, ultimately, we must not simply be satisfied with a signature and an agreement. We must also be able to validate all of this. I have heard francophone rights groups in New Brunswick say that they would use this commitment from the province to see how the commitment would be respected. This is the result of transparency. When you make a commitment to do something and when an agreement is public, you can then demand accountability and expect results.

The same thing applies to the health agreements. The federal government will never be able to micromanage provincial health decisions and determine how many workers will be hired, where they will be deployed and what type of services they will offer.

However, with the transparency that comes with these agreements, New Brunswickers and others will be able to see if they can work with the province to ensure that that commitment leads to results.

**Senator Mockler:** Thank you, minister. I would like to get more clarification on your mandate letter. When we read your mandate letter, we see that it unfortunately contains no mention of the health of official language minority communities. Our health needs are different; so are our challenges.

In the context of the post-COVID era and the aging population, and according to the latest data, such an omission worries many people because of the decline of the French language. How is your department responding to the health needs of official language minority communities, and what barriers are you facing? Also, what consultation mechanisms do you use to fully understand what is happening on the ground?

**Mr. Duclos:** Thank you for your question. You are correct in noting that mandate letters are always a little too short, although some people find them a little too long. Certain elements may not be clearly stated in them, but they are implied.

Without wanting to sound partisan, I would say that my own presence as a francophone in cabinet leads me to work with others for greater justice and better access to essential services such as health care.

First of all, agreements will be signed with the provinces and territories. Although the mandate letter does not specifically state that these agreements must include provisions for access to appropriate health services in minority language communities, this requirement is there.

Toutefois, il est évident qu'ultimement, on ne doit pas simplement se contenter d'une signature et d'une entente. On doit aussi pouvoir valider tout cela. J'ai entendu des groupes de défense des droits des francophones au Nouveau-Brunswick dire qu'ils utiliseraient cet engagement de la province pour voir ensuite avec celle-ci de quelle façon l'engagement serait respecté. C'est le résultat de la transparence. Lorsqu'on s'engage à faire quelque chose et lorsqu'une entente est publique, on peut ensuite exiger une redevabilité et s'attendre à des résultats.

C'est la même chose pour les ententes en matière de santé. Le gouvernement fédéral ne pourra jamais microgérer les décisions des provinces en matière de santé et déterminer combien de travailleurs seront engagés, où ils seront déployés et quel genre de services ils offriront.

Cependant, grâce à la transparence qui découle de ces ententes, les gens du Nouveau-Brunswick et d'ailleurs pourront voir avec la province s'il est possible de travailler ensemble pour s'assurer que cet engagement est suivi de résultats.

**Le sénateur Mockler :** Merci, monsieur le ministre. J'aimerais avoir plus de précisions au sujet de votre lettre de mandat. Lorsqu'on prend connaissance de votre lettre de mandat, on constate que celle-ci ne contient malheureusement aucune mention sur la santé des communautés de langue officielle en situation minoritaire. Nos besoins en santé sont différents; nos défis le sont également.

Dans le contexte de l'après-COVID et du vieillissement de la population, et selon les dernières données, une telle omission inquiète beaucoup de monde à cause du recul de la langue française. Comment votre ministère répond-il aux besoins en matière de santé des communautés de langue officielle en situation minoritaire, et quels sont les obstacles que vous rencontrez? De plus, quels mécanismes de consultation utilisez-vous pour bien comprendre ce qui se passe sur le terrain?

**M. Duclos :** Je vous remercie de votre question. Vous avez raison de souligner que les lettres de mandat sont toujours un peu trop courtes, même si certains les trouvent un peu trop longues. Certaines choses n'y figurent pas toujours clairement, mais elles y sont contenues implicitement.

Sans vouloir faire de la partisanerie, je dirais que ma propre présence comme francophone au sein du Cabinet m'amène à travailler avec d'autres personnes pour assurer une plus grande justice et une meilleure accessibilité à des soins essentiels, comme les soins de santé.

La première chose, c'est que des ententes seront conclues avec les provinces et les territoires. La lettre de mandat ne dit pas explicitement que ces ententes doivent inclure des dispositions en matière d'accès à des soins de santé appropriés dans les communautés linguistiques en milieu minoritaire, mais c'est bel et bien présent.

Secondly, in Budget 2023, the government announced a funding increase for Health Canada's Official Languages Health Program, or OLHP, from \$192 million to \$207 million. This is a substantial increase in the amount of funding, which had already been increased through the 2018 Action Plan for Official Languages. In both cases, as you aptly pointed out, the goal is to ensure that, even if it's not mentioned in a government mandate letter, when the opportunity arises — such as a budget or an agreement with the provinces — access and equity in this area will be strengthened.

**The Chair:** Before we go to the second round, I have a few questions for you as well, Minister Duclos, including the question of access to bilingual human resources.

I recently participated in the Summit on the Recruitment of Bilingual Health Care Professionals, which was held in Newfoundland and Labrador and brought together policy makers and academics. The shortage of bilingual health professionals emerged as a significant issue. That is why it is important to focus on international recruitment and to continue to employ bilingual health professionals to ensure the active offer of health services.

What is Health Canada doing to address this shortage of bilingual health professionals?

**Mr. Duclos:** Thank you for the question, Senator Cormier. I will limit myself to two or three points.

First of all, immigration is obviously the key, and as we heard earlier, that is why we achieved our target of 4.4% for francophone immigration outside Quebec. This is good news. Some 16,000 francophones immigrated to provinces and territories other than Quebec in 2022. Many of them went to work in the health care sector because the demand is obviously enormous. In New Brunswick, even though there is always room for improvement, we know that efforts are being made to hire more francophone immigrants to serve francophone communities in the province.

Secondly, there is the matter of training. Over the past 20 years or so, the federal government has trained nearly 10,000 bilingual health professionals through Health Canada's Official Languages Health Program. We are talking solely about federal government investments that do not require the linguistic training provided by the provinces and territories. These 10,000 health professionals are now able to work in both languages and meet the needs of minority language communities.

La deuxième chose, c'est que, dans le budget de 2023, il y a une bonification du budget du Programme pour les langues officielles en santé (PLOS) de Santé Canada, qui passe de 192 millions à 207 millions de dollars. Il s'agit d'une augmentation tout de même substantielle d'un montant qui avait déjà été bonifié avec le Plan d'action pour les langues officielles de 2018. Dans les deux cas, comme vous l'avez très bien dit, l'objectif est de s'assurer que, même si ce n'est pas mentionné dans la lettre de mandat d'un gouvernement, lorsqu'une occasion se présente, y compris lors d'un budget ou d'une entente avec les provinces, cette accessibilité et cette équité sont renforcées.

**Le président :** Avant de passer au deuxième tour de table, j'aurais quelques questions à vous poser aussi, monsieur le ministre, notamment sur la question de l'accès à des ressources humaines bilingues.

J'ai participé récemment au Sommet sur le recrutement des professionnels de santé bilingues, qui réunissait des décideurs politiques et universitaires. L'événement se déroulait à Terre-Neuve-et-Labrador. On a fait un constat important sur la pénurie de main-d'œuvre bilingue; voilà pourquoi il est important de miser sur le recrutement à l'international et de continuer d'employer des intervenants bilingues pour assurer une offre active des services de santé.

Que fait précisément Santé Canada pour remédier à cette pénurie professionnelle dans le domaine de la santé bilingue?

**M. Duclos :** Merci beaucoup de la question, sénateur Cormier. Je vais me limiter ici à deux ou trois points.

Premièrement, l'immigration est évidemment la clé, et comme on disait tout à l'heure, c'est pour cela qu'on a atteint notre cible de 4,4 % pour l'immigration francophone à l'extérieur du Québec. C'est une bonne nouvelle. C'est donc environ 16 000 francophones qui ont immigré au Canada en allant à l'extérieur du Québec en 2022. Plusieurs sont allés travailler dans le milieu des soins de santé, parce qu'évidemment les besoins sont énormes. Au Nouveau-Brunswick, même si on peut toujours faire mieux, on sait qu'on fait des efforts pour embaucher plus d'immigrants francophones pour servir les communautés francophones de la province.

Deuxièmement, il y a la question de la formation. Le gouvernement fédéral, grâce au Programme pour les langues officielles en santé de Santé Canada, a pu, depuis à peu près une vingtaine d'années, former près de 10 000 professionnels de santé bilingues. On parle ici uniquement des investissements du gouvernement fédéral qui ne demande pas de formation linguistique fournie par les provinces et les territoires. Ce sont 10 000 professionnels de la santé qui sont maintenant capables de travailler dans les deux langues et de répondre aux besoins des communautés linguistiques en milieu minoritaire.

Third, I would add that Budget 2022 provided close to \$115 million over five years to streamline recognition of foreign credentials. This will help roughly 11,000 health professionals — who will immigrate or have already immigrated to Canada since 2022 — to quickly find jobs in minority language communities. One of the issues is that we want people to go work in a minority language setting, whether rural or even farther from major centres — as is the case in New Brunswick. They need to be confident that, if they make the effort to work in these communities, their talents and skills will be recognized quickly.

I will limit myself to those three points. As you said, this is a big challenge.

**The Chair:** Thank you. That brings me to a question about private institutions.

There is a shift towards obtaining health services from private institutions. What role should the federal government play in this regard? As you know, the use of private institutions could lead to francophones or anglophones in minority communities being deprived of services in the language of their choice.

What can you tell us about that?

**Mr. Duclos:** Indeed, privately funded versus publicly funded health care is a major concern for many people.

I have two things to say on that topic. As mentioned earlier, technological advances, increased geographic mobility and expanding scopes of practice are all positive in most cases. This allows people to avoid going to another community to receive health services faster, sometimes even in the language of their choice. Greater mobility, recognition of credentials and a broader range of responsibilities can also help to better serve communities and people with specific needs.

This said, there should be no cost for accessing health care. Health services can be provided using new technologies and with the help of physicians who are, by definition, self-employed, but the funding should remain private. In Canada, essential health services must be provided free of charge. This remains a challenge.

As you have likely noticed, there is a risk that new technologies and increased mobility will be privately funded. This means that people would have to pay to have access to this

Troisièmement, j'ajouterais que, dans le budget de 2022, il y a près de 115 millions de dollars sur cinq ans qui ont été prévus pour accélérer la reconnaissance des titres de compétences étrangers. Cela aidera environ 11 000 professionnels de la santé qui vont immigrer ou qui ont déjà immigré au Canada depuis 2022 à travailler rapidement dans les communautés linguistiques minoritaires. L'un des enjeux, c'est que si on veut que les gens aillent travailler dans un milieu minoritaire, rural ou plus éloigné des grands centres — comme c'est le cas au Nouveau-Brunswick —, ils doivent avoir la confiance requise pour croire que s'ils s'efforcent d'aller travailler dans ces communautés, leurs talents et leurs compétences seront reconnus rapidement.

Je vais me limiter à ces trois points; comme vous l'avez dit, l'enjeu est majeur.

**Le président :** Merci. Cela m'amène à vous poser une question sur les établissements privés.

On assiste à un glissement vers l'accès aux soins de santé dans les établissements privés. Quel rôle le gouvernement fédéral devrait-il jouer dans ce sens? On sait bien que les établissements privés pourraient faire en sorte que les francophones ou les anglophones en situation minoritaire soient privés de services dans la langue de leur choix.

Que pouvez-vous nous dire à ce sujet?

**M. Duclos :** Effectivement, c'est une grande préoccupation que plusieurs partagent : le financement privé par opposition au financement public.

Sur ce sujet, j'ai deux choses à dire. Comme on l'a dit plus tôt, l'évolution de la technologie, la plus grande mobilité géographique et l'expansion des champs de pratique, tout cela est positif dans la plupart des cas. Cela permet aux gens d'éviter de se déplacer et de profiter de soins de santé fournis par quelqu'un dans une autre communauté plus rapidement, parfois même dans la langue de leur choix. Une plus grande mobilité, la reconnaissance des compétences et une plus grande étendue des champs de compétence peuvent aussi aider à mieux servir les communautés et les gens qui ont des besoins particuliers.

Cela dit, il ne faut pas que ce soit accompagné de frais pour y avoir accès. On peut fournir ces soins de santé avec de nouvelles technologies et avec l'aide de médecins qui sont, par définition, des travailleurs autonomes, mais il faut que le financement demeure privé. Au Canada, lorsqu'on a un besoin de santé essentiel, ces soins doivent être fournis gratuitement. Cela reste un défi.

Comme vous l'avez sûrement remarqué, il y a un risque que cette plus grande technologie et cette mobilité soient assorties de financement privé. Donc, cela signifie que les gens seraient

health care, and if they can't pay, they won't have access to the care or it will be provided to those who can afford it.

**The Chair:** The federal government is helping to fight this trend. How can the government deal with it through agreements, for example? Is this solely a provincial or territorial area of jurisdiction? Does the federal government have a role to play, and if so, what role?

**Mr. Duclos:** There are three ways to do this. The first and most important is to have an open and transparent dialogue. I meet with my counterpart, the Minister of Health, on a regular basis. We have met nearly 15 times in the past year and few months, so we talk often. Obviously, our teams are always working together, and our officials are too. It is through discussing these issues that we will be able to move forward in the right direction — the same direction.

Second, if there are provinces where essential medical care is provided privately — sometimes even without it being known — the federal government can deduct from health transfers the amounts that people have paid to access this care.

This is my responsibility. I had to do this just a few weeks ago. It gives me no pleasure, but it is a requirement of the Canada Health Act.

Third, in the agreements we negotiate, it is clearly stated that federal funds must be used to strengthen the public health care system, not the private system.

**The Chair:** Fellow senators, we have a few minutes left with the minister. I would like you to keep your questions short. Minister, please provide short answers, whenever possible.

**Senator Gagné:** There has been a lot of talk about the barriers to recognition of foreign credentials. Another barrier that we need to talk about is interprovincial mobility. The pan-Canadian action plan is going to address the shortage of health care workers in an effort to reduce these barriers.

I know that the majority of provinces agree that interprovincial barriers should be eliminated. Ontario has introduced a bill to this effect to ensure mobility, and the Council of the Federation has promised to cooperate in this area. I am not sure about Quebec's position; I believe it recently indicated that it was less interested in that cooperation. This is probably one of the biggest challenges facing our federation, that is, reaching consensus on barriers. We all agree that the barriers often make no sense.

obligés de payer pour avoir accès à ces soins, et s'ils ne le peuvent pas, ils n'auront pas accès aux soins ou ils se feront planter par ceux qui ont plus de moyens financiers.

**Le président :** Le gouvernement fédéral aide à contrer cette tendance. Dans les ententes, par exemple, comment le gouvernement fédéral peut-il agir là-dessus? Est-ce que ce domaine est strictement de compétence provinciale et territoriale? Est-ce que le gouvernement fédéral a un rôle à jouer, et si oui, lequel?

**M. Duclos :** Il y a trois façons de faire. La première et la plus importante est d'avoir un dialogue ouvert et transparent. Je rencontre mon homologue le ministre de la Santé très régulièrement; je l'ai fait près de 15 fois depuis un an et quelques mois, donc on se parle souvent. Évidemment, nos équipes travaillent toujours ensemble et nos fonctionnaires aussi. C'est en échangeant sur ces enjeux qu'on peut avancer dans la bonne et dans la même direction.

Deuxièmement, s'il y a des provinces — parfois même sans le savoir — où le financement pour des soins médicaux essentiels est privé, le gouvernement fédéral peut déduire de ces transferts en santé des sommes qui ont dû être déboursées par les gens pour avoir accès à ces soins de santé.

C'est ma responsabilité de le faire. Je l'ai fait il y a quelques semaines, et ce n'est pas de gaieté de cœur que je le fais, mais la Loi canadienne sur la santé l'exige.

Troisièmement, dans les ententes que nous négocions, il est clairement indiqué que les fonds fédéraux doivent servir à renforcer le système public de soins de santé, pas le système privé.

**Le président :** Chers collègues, il nous reste quelques minutes pour profiter de la présence du ministre. Je vais vous demander d'être très succincts dans vos questions et au ministre d'être succinct dans ses réponses, quand cela est possible.

**La sénatrice Gagné :** On a beaucoup parlé de la barrière entourant la reconnaissance des diplômes obtenus à l'étranger. Une autre barrière dont il faut parler, c'est la mobilité interprovinciale. Le plan d'action pancanadien va s'attaquer à la pénurie de main-d'œuvre en santé pour tenter de réduire ces obstacles.

Je sais que la majorité des provinces sont d'accord pour éliminer les barrières interprovinciales. L'Ontario a présenté un projet de loi à cet effet pour assurer cette mobilité et le Conseil de la fédération a promis d'y collaborer. Je ne suis pas certaine pour ce qui est du Québec; je crois qu'ils ont dit récemment qu'ils étaient peut-être moins intéressés à collaborer. C'est probablement l'un des plus grands défis de notre fédération, soit d'arriver à bâtir des consensus autour de barrières. Nous sommes tous d'accord pour dire que ces barrières n'ont souvent pas de sens.

I have seen situations where language was one of the barriers. For someone who moves to British Columbia or Manitoba, they have to take English tests that require an excessive level of proficiency.

In your view, is there a consensus in the works or a way to reach agreement with the provinces and professional bodies to ensure mobility between the provinces for professionals trained in Canada? It seems like a no-brainer to me.

**Mr. Duclos:** Thank you, Senator Gagné. I very much appreciate that question. The short answer is yes. I believe a consensus will be reached over the coming months. A consensus has already begun to emerge in recent months. Earlier, it was mentioned that the four Atlantic provinces had agreed to put in place a regional registry of physicians. A physician working in one of the four provinces who is listed in the regional registry can choose to work in one of the other provinces. As you mentioned, Ontario and British Columbia have indicated that this type of measure would be beneficial for their own populations.

The Council of the Federation has mentioned this as well. The council, which brings together all 13 provinces and territories, indicated that it agrees with the approach.

Furthermore, as you have already suggested, this facilitates cooperation among physicians. We are living in an increasingly virtual and digital world. We also live in a world where health professionals are increasingly specialized and do not always have the specific credentials needed to respond to equally specific circumstances and needs.

Specialists are working together more and more within their own province, as well as between provinces. Recognition of credentials across the federation could facilitate interprovincial cooperation. This applies not only to health professionals educated in Canada, but also to foreign-trained health professionals.

I think we'll reach an even stronger consensus and achieve greater progress over the coming months. That way, when one province recognizes the credentials of foreign-trained workers, they will be able to move around more easily or provide services virtually and cooperatively, to help patients located elsewhere in the country. This includes populations living in minority language communities.

**The Chair:** Thank you for your answer. Thank you, Minister Duclos. For our second hour, we will have the officials from Health Canada and the Public Health Agency of Canada with us. We will be able to continue the discussion with them.

J'ai été témoin de situations où l'une des barrières était la barrière linguistique. Si on déménage en Colombie-Britannique ou au Manitoba, il y a des tests d'anglais qui exigent un niveau de compétence exagéré.

Selon vous, y a-t-il un consensus en vue ou un moyen d'en arriver à une entente avec les provinces et les ordres professionnels, afin d'assurer une mobilité entre les provinces pour des professionnels formés au Canada? Il me semble que c'est évident.

**M. Duclos :** Merci, sénatrice Gagné. C'est une question que j'apprécie énormément. Ma réponse courte, c'est oui. Je crois qu'il y aura un consensus au cours des prochains mois. Il y a un consensus qui a déjà commencé à se dégager au cours des derniers mois. On mentionnait plus tôt que les quatre provinces de l'Atlantique avaient convenu de mettre en place un registre régional de médecins. Un médecin qui travaille dans l'une des quatre provinces et qui est reconnu par ce registre régional peut travailler dans une autre. Comme vous l'avez mentionné, l'Ontario et la Colombie-Britannique ont aussi envoyé des signaux montrant que ce genre de mesures seraient bénéfiques pour leurs propres citoyens.

Le Conseil de la fédération l'a dit aussi. Ce conseil, qui regroupe l'ensemble des 13 provinces et territoires, en a déjà convenu.

De plus, comme vous y avez déjà fait allusion, cela facilite la collaboration entre les médecins. On est dans un monde de plus en plus virtuel et digital. On est également dans un monde où les professionnels de la santé sont de plus en plus spécialisés et n'ont pas toujours les compétences pointues nécessaires pour répondre à des circonstances et à des besoins tout aussi pointus.

Les spécialistes travaillent de plus en plus entre eux au sein d'une même province, mais aussi de plus en plus entre les provinces. La reconnaissance des compétences partout dans la fédération peut faciliter cette collaboration interprovinciale. Finalement, ce n'est pas seulement pour les professionnels de la santé qui sont formés au pays, mais aussi pour ceux qui sont formés à l'étranger.

Je crois qu'on va en arriver à un consensus encore meilleur et à des progrès encore plus importants au cours des prochains mois, de sorte que lorsqu'une province pourra reconnaître les compétences de travailleurs formés à l'étranger, ces derniers pourront plus facilement se déplacer ou offrir leurs services de manière virtuelle et collaborative, pour aider des patients qui se trouvent géographiquement ailleurs. Cela comprend les populations vivant en situation linguistique minoritaire.

**Le président :** Merci beaucoup pour votre réponse. Je vous remercie, monsieur le ministre. Nous aurons parmi nous, dans la prochaine heure, le personnel de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada. Nous pourrions poursuivre les questions avec eux.

Minister, thank you for your participation and your presence here this evening. Your comments and thoughts will help us with our study. We are very pleased that you were able to join us.

We are going to suspend just long enough to thank the minister.

**Mr. Duclos:** Thank you all.

**The Chair:** Fellow senators, we are now resuming. We have with us Ms. Voisin, Ms. Valdés and Mr. Nafekh. Thank you for being with us for our study.

We are going to continue the question period. Senator Moncion, since you were on the list, do you have a question for the witnesses?

**Senator Moncion:** Thank you for being here this evening. I would like to hear what you have to say on the federal government's commitment with respect to requirements for the modernization of equipment, services, technologies and digital data access cards in the federal-provincial agreements. What work is being done on that?

For example, with regard to magnetic resonance imaging equipment, we met with people who told us that faxes were still being used for appointments. Modernization of the system provides an opportunity to generate significant efficiencies. The same is true for digital access cards, which contain more information. There is also the matter of provinces sharing access to patients' records. I would like to hear your thoughts on the modernization of Canadian medicine as a whole.

**Jocelyne Voisin, Assistant Deputy Minister, Strategic Policy Branch, Health Canada:** Thank you for the question. First of all, in the agreements we expect to sign with the provinces and territories, there is a commitment regarding the sharing of some data and information. At the deputy minister level, an agreement on interoperability was recently signed with the provinces and territories. This means that, in most cases, the existing systems in all the provinces and territories — in physicians' offices, for example — are electronic. Your doctor may have an electronic copy of your file, but the doctor's computer is not linked to the other computers or systems found in other hospitals and health centres.

What we want to have is a plan to make all the systems communicate with one another. This means there will be standards for the exchange of technical information and standards for data sharing. The data will use the same terminology so they will be comparable.

Monsieur le ministre, merci de votre participation et de votre présence ici ce soir. Vos commentaires et réflexions nous aideront à réaliser notre étude. C'est avec un grand plaisir que nous vous avons reçu au comité.

Nous allons suspendre la séance, le temps de remercier le ministre.

**M. Duclos :** Merci à tous.

**Le président :** Chers collègues, nous reprenons nos travaux avec Mme Voisin, Mme Valdés et M. Nafekh. Nous vous remercions d'être avec nous pour notre étude.

Nous poursuivons avec la période des questions. Sénatrice Moncion, puisque vous étiez sur la liste, est-ce que vous avez une question à poser aux témoins?

**La sénatrice Moncion :** Merci d'être ici ce soir. J'aimerais vous entendre sur l'engagement du gouvernement fédéral en matière d'exigences touchant la modernisation des équipements, des services, des technologies et des cartes d'accès aux données électroniques pour les ententes fédérales-provinciales. Quel est le travail qui se fait?

Par exemple, du côté des équipements d'imagerie par résonance magnétique, on a rencontré des gens qui nous ont encore parlé de l'usage des fax pour les rendez-vous. C'est toute cette modernisation du système qui fait qu'il y a des économies importantes à aller chercher. Il y en a même dans les cartes d'accès électroniques où il y aurait plus d'informations. Il est aussi question de l'accessibilité aux dossiers des patients entre les provinces. J'aimerais vous entendre sur tout l'aspect de la modernisation de la médecine canadienne.

**Jocelyne Voisin, sous-ministre adjointe, Direction générale des politiques stratégiques, Santé Canada :** Merci pour la question. Premièrement, dans les ententes que l'on prévoit de signer avec les provinces et les territoires, il y a un engagement sur des éléments en matière de données et d'échange d'informations. Nous avons récemment, au niveau des sous-ministres, conclu une entente entre les provinces et les territoires sur le plan de l'interopérabilité. Cela veut dire que les systèmes qui existent partout dans les provinces et les territoires — dans les bureaux de médecins, par exemple — sont souvent électroniques. Votre médecin a peut-être un ordinateur qui contient votre dossier, mais cet ordinateur ne communique pas aux autres ordinateurs ou aux systèmes qui se trouvent dans les autres hôpitaux et centres de santé.

Ce qu'on veut avoir, c'est un plan pour que tous les systèmes communiquent ensemble. Cela veut dire qu'il y aura des normes d'échange d'informations techniques et des normes d'échange d'informations de données. Les données auront la même terminologie pour qu'elles soient comparables.

The plan was developed by Canada Health Infoway in partnership with the provinces and territories. All the provinces and territories, except for Quebec, have indicated that they would use these standards to make progress, so that data will be comparable across the country and systems can communicate better.

They are international standards. They weren't developed in Canada. It means more international business opportunities for Canadian companies. The provinces committed to this in relation to the funding we announced in February for the provinces and territories.

**Senator Moncion:** How many years will it take?

**Ms. Voisin:** Canada Health Infoway has already entered into an agreement with the provinces and territories. They are going to accelerate the implementation of the plan over the next three years. Some provinces and territories have already taken the lead and are making good progress. Quebec already has a bill that addresses existing policies to ensure that data can be shared more readily between the different health care systems, so that citizens and residents can have access to their own electronic records, as you mentioned.

This is one of the issues that we really want to address moving forward, in other words, giving patients access to their own electronic records. Moreover, this is one of the indicators we put in place for funding in conjunction with the provinces and territories.

**Senator Moncion:** In the agreement, time is always a consideration. We know that, if a file belongs to a patient, as in the case of a financial institution, the data belong to the person. Therefore, they can share their data with whomever they want. A patient could eventually own their own medical records and share them with a new physician after moving to a different province. The patient's medical history would thus be shared. Is that where things are headed?

**Ms. Voisin:** That's our vision, yes, but it will take time, and it isn't simple. That is why we put in place certain indicators, such as the eight indicators the minister mentioned, so that patients will have access to their own electronic records and patient records can be shared among physicians and different health care systems.

**Senator Moncion:** Very good. That is where we can achieve efficiencies.

**Nathalie Valdés, Manager, Official Language Community Development Bureau, Health Canada:** I would like to add something. You spoke about health cards, and I want to share an example of cooperation that took place a few years ago between Health Canada and the Prince Edward Island health board.

Ce plan a été développé par Inforoute Santé du Canada en partenariat avec les provinces et les territoires. Tous les provinces et les territoires, à l'exception du Québec, ont dit qu'ils allaient utiliser ces normes pour progresser, afin que les données soient comparables partout au pays et que les systèmes puissent mieux communiquer.

Ces normes sont internationales. Ce ne sont pas des normes qu'on a inventées au Canada. Cela permet aux entreprises canadiennes d'avoir plus d'occasions d'affaires à l'échelle internationale. Les provinces se sont engagées à faire cela dans le contexte du financement que nous avons annoncé en février avec les provinces et les territoires.

**La sénatrice Moncion :** Combien d'années cela prendra-t-il?

**Mme Voisin :** L'Inforoute Santé du Canada a déjà conclu une entente avec les provinces et les territoires. Ils vont devancer la mise en œuvre de ces plans au cours des trois prochaines années. Il y a des provinces et des territoires qui ont déjà pris la relève et qui progressent très bien. Le Québec a déjà un projet de loi qui examine les politiques en place afin de s'assurer que les données peuvent être partagées plus facilement entre les différents systèmes de santé, afin que les citoyens et les résidents puissent avoir accès, comme vous en avez déjà parlé, à leur propre dossier électronique.

C'est vraiment l'un des enjeux sur lesquels on veut poursuivre le travail, soit de donner aux patients l'accès à leur propre dossier électronique. De plus, c'est l'un des indicateurs que nous avons mis en place pour le financement avec les provinces et les territoires.

**La sénatrice Moncion :** Dans cette entente, on pense toujours dans une perspective de temps. On sait que si un dossier appartient au patient, comme dans une institution financière, les données nous appartiennent. Donc, je peux partager mes données avec qui avec je veux. Un patient pourrait donc éventuellement devenir propriétaire de son dossier médical et le partager avec un autre médecin s'il change de province. Tout l'historique serait alors partagé. Est-ce vers cela que l'on s'en va?

**Mme Voisin :** C'est la vision, oui, mais cela prend du temps et ce n'est pas simple. C'est pour cela qu'on a mis en place certains indicateurs, comme les huit dont le ministre a parlé, pour que le patient ait accès à son propre dossier électronique et que les dossiers électroniques des patients puissent être partagés entre les médecins et les différents systèmes de soins de santé.

**La sénatrice Moncion :** Bravo, puisque c'est à cet endroit que nous pourrions faire des économies éventuellement.

**Nathalie Valdés, gestionnaire, Bureau d'appui aux communautés de langue officielle, Santé Canada :** J'aimerais ajouter quelque chose. Vous avez parlé des cartes de santé et je veux partager avec vous l'exemple d'une collaboration qui a eu lieu il y a quelques années entre Santé Canada et la Régie de

Officials decided that health cards should identify patients' preferred official language, so that they could better gauge the potential demand for services in French in the province, better plan the distribution of staff, and refer patients to these resources to prevent further language mismatches in health care facilities. Therefore, from the beginning, an individual who would prefer to be served in French can be referred to the appropriate existing services. It may not be a cutting-edge planning tool, but what a great idea.

Prince Edward Island wants to determine the potential demand for services in French. Officials also used it as an opportunity to learn a lot more about the diversity of the population served. They collected data not just on the two official languages, but also on the other languages that users speak. They were surprised to discover that, on their small island of 100,000 people, more than 100 different languages and dialects are spoken within the population. This provided the province with a better understanding of the diversity of the population it serves and fostered more sensitivity to cultural and linguistic differences in order to better meet the population's needs.

Other provinces are interested in this type of initiative, including Saskatchewan, Manitoba and Ontario. Through Health Canada's Official Languages Health Program, we expect to receive additional funding under the new action plan, and we would like to support such initiatives in the future.

**Senator Mégie:** Budget 2023 proposes to provide close to \$160 million over three years to the Public Health Agency of Canada to support the implementation and operation of the 9-8-8 helpline.

It's expected that, as of November 30, 2023, Canadians will be able to phone or text the number any time for immediate access to suicide prevention services and mental health crisis support.

Will the 9-8-8 helpline be available from day one in both official languages across the country? Will a francophone have to press 1 or 2, only to discover that the service is not available in the early days? Do you have a timeline?

[English]

**Mark Nafekh, Director General, Centre for Health Promotion, Health Promotion and Chronic Disease Prevention, Public Health Agency of Canada:** Thank you for the excellent question.

santé de l'Île-du-Prince-Édouard. Ils ont décidé qu'ils allaient inscrire la langue officielle du choix du patient sur leur carte-santé, afin de mieux connaître la demande potentielle de services en français dans la province, de mieux planifier la distribution des effectifs et d'aiguiller les patients vers ces ressources pour qu'il n'y ait plus de discordance linguistique lorsqu'un usager se présente dans un établissement de santé. Donc, ils peuvent savoir dès le départ si cette personne préfère être servie en français et peuvent l'aiguiller vers les ressources existantes. C'est un outil de planification qui n'est peut-être pas avant-gardiste, mais il fallait y penser.

L'Île-du-Prince-Édouard est intéressée à connaître la demande potentielle de services en français. Ils en ont profité aussi pour en apprendre beaucoup plus sur la diversité de la population qui reçoit les services. Ce ne sont pas seulement des données sur les deux langues officielles qu'ils ont recueillies, mais également sur toute autre langue que les usagers parlent. Ils ont été surpris d'apprendre que, dans leur petite île de 100 000 habitants, il y a au-delà de 100 différentes langues et dialectes parlés au sein de leur population. Cela permet donc d'avoir une meilleure connaissance de la diversité de la population que l'on sert et d'être plus sensible aux différences culturelles linguistiques pour mieux répondre aux besoins de la population.

Il y a d'autres provinces qui sont intéressées par ce genre d'initiative, comme la Saskatchewan, le Manitoba et l'Ontario. Par le biais du Programme pour les langues officielles en santé de Santé Canada, on se prépare à recevoir un nouveau financement dans le contexte du nouveau plan d'action, et on aimerait bien appuyer de telles initiatives à l'avenir.

**La sénatrice Mégie :** Dans le budget de 2023, on propose de fournir un financement de près de 160 millions de dollars sur trois ans à l'Agence de la santé publique du Canada pour soutenir la mise en œuvre et le fonctionnement du service d'aide téléphonique 9-8-8.

On prévoit que, à partir du 30 novembre 2023, les Canadiens pourront, en tout temps, téléphoner ou texter à ce numéro pour avoir accès à des services de qualité immédiats de prévention du suicide et pour obtenir du soutien en cas de crise de santé mentale.

Ce service 9-8-8 sera-t-il accessible dès le jour 1 dans les deux langues officielles dans tout le pays? Est-ce que la personne francophone devra appuyer sur le 1 ou sur le 2, pour finalement ne pas être en mesure de recevoir ce service dans les premiers jours? Avez-vous une idée de l'échéancier?

[Traduction]

**Mark Nafekh, directeur général, Centre pour la promotion de la santé, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada :** Je vous remercie de cette excellente question.

I can speak to the intent, but in terms of the actuality and the very first day that it's launched, I don't have that information readily available. I could provide that information back to the committee in writing and confirm.

[*Translation*]

**Senator Mégie:** We are counting on you to send us the answer through the clerk of the committee. Thank you.

**Senator Clement:** Good evening and welcome. I would like to follow up on some of the comments made by Ms. Valdés.

First, the minister mentioned that we had finally reached the target of 4.4% for francophone immigration. How will Health Canada ensure that it meets the specific needs of that population, needs that reflect the intersection of language and racialized communities?

Second, the minister mentioned cooperation with Statistics Canada and referred to a survey. Could you tell us a little more about that partnership? It is always important to have disaggregated data.

Third, how will the Health Portfolio Advisory Committee support Health Canada's vision of better cooperation?

**Ms. Voisin:** Thank you for your question. I'll start by addressing the question on disaggregated data and the intersection of needs, and then I'll let Ms. Valdés answer the other ones.

Regarding our cooperation with Statistics Canada, the minister was talking about the eight indicators that we announced, which are part of the commitments made by the provinces and territories under the bilateral agreements.

He said that most of the indicators already exist, as do the data. There are surveys, for instance. One example is access to a family doctor. Indeed, 14% of Canadians do not have regular access to a family doctor in their community.

One of the indicators that we want to examine is the progress made with these data. However, we don't have detailed disaggregated data on that. The purpose of the partnership between Statistics Canada and the Canadian Institute for Health Information is to work together to get more complete data on the health system, to cooperate with the provinces and territories to obtain data on the health system — not just a survey — and to work with Statistics Canada to see whether we can match these data with other data from Statistics Canada. That will give us access to disaggregated data on official languages, individuals' or communities' preferred languages, and racialized populations.

Je peux vous parler de l'objectif, mais je n'ai pas l'information en main pour vous dire ce qu'il en sera lors du premier jour de lancement. Je pourrais acheminer l'information par écrit au comité pour lui confirmer.

[*Français*]

**La sénatrice Mégie :** Nous comptons sur vous pour nous transmettre cette réponse par l'entremise du greffier du comité. Merci.

**La sénatrice Clement :** Bonjour et bienvenue. J'aimerais poursuivre sur certains des commentaires de Mme Valdés.

Premièrement, le ministre a mentionné que nous avons finalement atteint la cible de 4,4 % en ce qui concerne l'immigration francophone. Comment Santé Canada s'assurera-t-il de répondre aux besoins particuliers de cette population, des besoins qui sont à l'intersection de la langue et des communautés racialisées?

Deuxièmement, j'ai noté que le ministre a parlé d'une collaboration avec Statistique Canada et qu'il a parlé d'un sondage. Pouvez-vous nous parler un peu plus de ce partenariat? C'est toujours important d'avoir des données désagrégées.

Troisièmement, concernant le comité consultatif du portefeuille de la santé, comment cela appuiera-t-il la vision de Santé Canada en ce qui concerne une meilleure collaboration?

**Mme Voisin :** Je vous remercie de votre question. Je vais commencer par répondre à la question sur les données désagrégées et l'intersection, et je laisserai ensuite Mme Valdés répondre aux autres questions.

En ce qui concerne la collaboration avec Statistique Canada, le ministre en a parlé dans le contexte des huit indicateurs que nous avons annoncés, qui font partie de l'engagement avec les provinces et les territoires dans les ententes bilatérales.

Il a mentionné que la plupart des indicateurs existent déjà et que les données existent déjà; il y a des sondages, par exemple. Je vais donner un exemple, qui est l'accès à un médecin de famille. Il y a 14 % des Canadiens qui n'ont pas un accès régulier à un médecin de famille dans leur communauté.

L'un des indicateurs que l'on veut examiner, ce sont les progrès que l'on fait avec ces données. Cependant, nous n'avons pas les détails désagrégés de celles-ci. Le partenariat entre Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé vise à travailler ensemble pour avoir des données plus complètes sur le système de santé, travailler avec les provinces et les territoires, avoir des données du système de santé — pas seulement un sondage — et travailler avec Statistique Canada afin de voir si l'on peut faire une intersection avec d'autres données que possède Statistique Canada. Cela permettrait d'avoir des données désagrégées, notamment sur les langues

This partnership should help us obtain a larger amount of disaggregated data on the indicators.

**Ms. Valdés:** Thank you for your question. Regarding racialized communities, we are now more aware of the increasing diversity of official language minority communities, or OLMCs, and that such factors must be taken into account in trying to better meet those communities' health needs. Therefore, it's a matter of not only language, but also culture, the approach to health and interactions with health care providers.

At Health Canada, through the Official Language Community Development Bureau and funding program, we work with community stakeholders who, in turn, work with these communities to understand and document their needs. In addition, various partners are involved — including the provincial and territorial authorities, health institutions and other community agencies — in order to bring forward these issues, see how the system can adapt and determine which measures should be taken so that the system can better respond to these needs. There's a lot of interest.

Here's an example. A network in British Columbia has done some research on people who recently immigrated and their experiences interacting with the health system. This entire process has to be documented, and discussions have to be held with the authorities, the ones able to effect change.

Quebec anglophones have the Community Health and Social Services Network, a support network dedicated to better understanding the issues faced by recent immigrants and English-speaking visible minorities in the province. It works to raise awareness among government authorities so that they adapt their delivery of health services.

That is a very effective and quite practical way to promote these tools.

During our program's final funding phase, we took on and funded a research project to develop new models of care for Black anglophone communities in Montreal dealing with mental health issues.

Therefore, these phenomena must be explained in their cultural context, where talking about these issues with families is not so easy, nor is supporting families and patients in their journey through a health system that can be challenging. Therefore, initiatives with documented results have been shared across the network, which is active throughout Canada.

officielles, la langue préférée des individus ou des communautés et les populations racialisées. Ce partenariat nous permettrait d'obtenir plus de données désagrégées sur les indicateurs.

**Mme Valdés :** Je vous remercie de votre question. En ce qui concerne les communautés racialisées, on est maintenant plus conscient que les communautés de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM) sont de plus en plus diversifiées et qu'il faut prendre ces considérations en compte lorsqu'on essaie de mieux répondre à leurs besoins en matière de santé. Donc, ce n'est pas seulement la langue, mais aussi la culture, l'approche concernant la santé et la façon dont on interagit avec le fournisseur de soins.

À Santé Canada, par l'entremise du Bureau d'appui aux communautés de langue officielle et du programme de financement, on travaille avec des intervenants communautaires qui, eux, travaillent conjointement avec ces communautés afin de connaître et de documenter leurs besoins. Ensuite, divers partenaires sont impliqués, dont les instances provinciales, territoriales, les établissements de santé et d'autres organismes communautaires, afin de faire valoir ces enjeux, de voir comment le système peut s'adapter et quelles mesures devraient être adoptées pour que le système puisse mieux répondre à ces besoins. Donc, il y a beaucoup d'intérêt.

Je pourrais vous donner un exemple : il y a un réseau en Colombie-Britannique qui s'est penché sur la question des immigrants récents et de leur vécu en ce qui concerne les interactions qu'ils ont eues avec le système de santé. Il faut documenter tout ce processus et avoir des discussions avec les instances qui, elles, sont en mesure d'effectuer des changements.

Pour ce qui est des anglophones du Québec, il y a le Community Health and Social Services Network, qui est un réseau de soutien qui se consacre à mieux comprendre les enjeux des immigrants récents ou des minorités visibles anglophones au Québec, afin de sensibiliser les instances gouvernementales pour qu'elles adaptent leur offre de services de santé.

C'est une façon assez concrète et très efficace de mettre ces outils de l'avant.

Lors de la dernière phase de financement de notre programme, nous avons notamment pris en charge et financé un projet de recherche qui vise à développer de nouveaux modèles de soins pour les communautés noires anglophones de Montréal qui sont aux prises avec des problèmes de santé mentale.

Donc, il faut expliquer ces phénomènes dans un contexte culturel dans lequel parler de ces choses n'est pas aussi facile avec la famille et soutenir les familles ainsi que les patients dans leur cheminement dans un système de santé qui n'est pas toujours facile. Donc, il y a des initiatives dont les résultats sont documentés et partagés partout dans le réseau qui travaille à la grandeur du pays.

I would also like to expand on what Ms. Voisin said. For several years, we have worked with them whenever it's time to update the content of certain surveys, including the Canadian Community Health Survey.

Together, we have developed a dedicated official languages module, which will likely be used in the field in the coming years. The purpose is to document not only what these communities are experiencing, but also the extent to which their experiences are different from those of the linguistic majority. The idea is to fully understand their issues and perspectives.

We also worked with them to develop the content of the post-censal survey. Data collection was just completed, and a health module was developed. This will enable us to obtain a wealth of data from across the country. Owing to some issues with the responses, we decided to lengthen the survey period to maximize the number of respondents.

All this is paired with data collection initiatives involving public opinion research, for example. During the last consultations, which were part of our program renewal process, we managed to reach over 2,000 members of OLMCs. They were asked very concrete questions to help us better prepare the next funding phase, identify new and ongoing issues, and determine how we can continue to support the efforts of our partners on the ground and of the post-secondary institutions that receive our support for training bilingual human resources.

**Senator Clement:** Thank you for that very thorough response. Today, the senators of African descent met with representatives of the group Parents of Black Children. These local networks are growing and have important things to say. It is important to know that the federal government is communicating with local networks. Thank you.

**The Chair:** Thank you for your answer. I have a follow-up question for you, Ms. Valdés, on the subject of vulnerable communities. The order of reference for our study refers to LGBTQ+ communities and official languages. Are there components in your initiatives that are intended specifically for these communities, and, if so, what have you learned?

**Ms. Voisin:** Thank you for the question. I will give the floor to Ms. Valdés, but I know that the Public Health Agency of Canada has carried out initiatives in that area.

Je voulais aussi renchérir sur ce qu'a dit Mme Voisin. Depuis quelques années, on travaille d'arrache-pied avec eux chaque fois que vient le temps de renouveler le contenu de certaines enquêtes, dont l'Enquête sur la santé dans les communautés canadiennes.

Nous avons développé avec eux un module réservé aux langues officielles qui devrait être utilisé sur le terrain dans les prochaines années. L'objectif est non seulement de documenter ce que vivent ces communautés, mais aussi de documenter à quel point ce qu'elles vivent est différent de ce que vit la majorité linguistique, pour vraiment comprendre leurs enjeux et leurs perspectives.

Nous avons aussi travaillé avec eux au développement du contenu de l'enquête post-censitaire. On vient de terminer la collecte de données. Un module a été développé en matière de santé. On pourra avoir des données très riches qui ont été captées partout au pays. Nous avons eu des enjeux en ce qui concerne les réponses que nous avons obtenues. On a décidé de prolonger la durée de l'enquête sur le terrain pour avoir le plus grand nombre possible de répondants.

On jumelle à tout cela des initiatives de collecte d'information au moyen des services d'opinion publique, par exemple. Lors de la dernière consultation que l'on a faite pour le renouvellement de notre programme, on a réussi à rejoindre au-delà de 2 000 membres des CLOSM. On leur pose des questions très concrètes pour mieux préparer la prochaine phase de financement du programme, voir quels sont les nouveaux enjeux ou les enjeux persistants et déterminer comment on peut continuer de soutenir les efforts de nos partenaires sur le terrain, ainsi que des établissements postsecondaires que l'on appuie dans la formation de ressources humaines bilingues.

**La sénatrice Clement :** Merci de cette réponse très complète. Les sénateurs de descendance africaine ont rencontré des représentants de Parents of Black Children aujourd'hui. Ce sont des réseaux locaux qui se développent et qui ont des choses importantes à dire. C'est important de savoir que le gouvernement fédéral est en communication avec les réseaux locaux. Merci.

**Le président :** Merci pour cette réponse. J'aurais une question complémentaire pour vous, madame Valdés, au sujet des communautés vulnérables. Dans l'ordre de renvoi de notre étude, on parle des communautés LGBTQ+ sur le plan des langues officielles. Avez-vous, dans le cadre de vos initiatives, des éléments réservés à ces communautés, et si oui, quels sont vos constats à ce sujet?

**Mme Voisin :** Merci de la question. Je vais donner la parole à Mme Valdés, mais je sais que l'Agence de la santé publique du Canada a réalisé des initiatives dans ce domaine.

**Ms. Valdés:** As was mentioned, we're working closely with community networks that are attuned to the realities on the ground experienced by the communities. In terms of LGBTQ2 communities, we are keenly aware that it is important to be sensitive to these realities — for example, seniors in residential facilities having to come out all over again in those settings. How can staff be educated on those issues? For example, when we renew our training agreements, a sex and gender sensitivity component must be part of the training of future health care professionals. That is a way to promote the importance of being sensitive to this reality and of adequately meeting these populations' needs.

[English]

**Mr. Nafekh:** Thank you for the excellent question.

The Public Health Agency of Canada uses data that my colleagues have mentioned, along with Statistics Canada's health inequalities reporting initiative, to identify those LGBTQ+ communities or individuals in OLMC communities to get an idea of exactly where the gaps are in the needs, and we then support programs which address those needs. I can give a few examples, but it's a public basing tool that may be of interest to this committee in their analysis. As an example of the programs that we offer, we do offer one program for seniors in residential centres to ensure that they are receiving health services in the language of their choice. It includes training caregivers to deliver those services.

**The Chair:** And to add to that, how do you measure the result and the real impact of those programs? It is one thing to give them, but how do you measure that? It is part of the challenge we all have. What you can say about that?

**Mr. Nafekh:** Measuring the impact is very challenging because you need time to measure the impact in some of these cases. The health inequalities reporting tool does look at health outcomes by various demographics, but again, you would need some time to see some change. For the programs that target those populations, we always require recipients to come back with a report that demonstrates what was achieved through the programming that they offered.

**The Chair:** Thank you.

[Translation]

**Senator Dagenais:** I have two quick questions. The first is for Ms. Voisin. The Parliamentary Budget Officer, in a fairly substantial report, casts some doubt on the government's ability

**Mme Valdés :** Comme on le disait, on travaille vraiment avec des réseaux communautaires qui sont au fait des réalités que vivent ces communautés sur le terrain. En ce qui a trait aux communautés LGBTQ2, on est très conscient qu'il est important d'être sensible à ces réalités — on parle, par exemple, de personnes âgées qui se retrouvent dans des centres d'hébergement et qui vivent un nouveau *coming out* dans ces environnements. Comment le personnel peut-il être sensibilisé à tout cela? Lorsqu'on renouvelle nos ententes en matière de formation, par exemple, il y a toute une composante de sensibilité au sexe et au genre qui doit faire partie de la formation des futurs professionnels de la santé. C'est une façon de faire valoir l'importance d'être sensible à cette réalité et de répondre de façon adéquate aux besoins de ces populations.

[Traduction]

**M. Nafekh :** Je vous remercie de cette excellente question.

L'Agence de la santé publique du Canada utilise les données que mes collègues ont mentionnées, de même que celles provenant de l'Initiative pancanadienne sur les inégalités en santé de Statistique Canada pour recenser les personnes ou les communautés LGBTQ+ qui se trouvent dans les communautés de langue officielle en situation minoritaire afin d'avoir une idée précise des besoins à combler, puis nous soutenons des programmes pour y répondre. Je peux vous donner quelques exemples, mais c'est l'outil de base, un excellent outil, qui pourrait intéresser le comité dans le cadre de son analyse. Parmi les programmes que nous offrons, il y a notamment celui offert dans les centres résidentiels afin de veiller à ce que les personnes âgées reçoivent des services de santé dans la langue de leur choix. Ce programme vise entre autres à offrir de la formation au personnel soignant qui offre ces services.

**Le président :** Dans le même ordre d'idée, comment procédez-vous pour mesurer les résultats concrets de ces programmes? C'est une chose de les offrir, mais comment en mesure-t-on les résultats? C'est le défi que nous avons tous. Que pouvez-vous nous dire à ce sujet?

**M. Nafekh :** Mesurer les résultats présente tout un défi en effet, car il faut du temps pour les mesurer dans certains cas. L'outil de rapport sur les inégalités en santé mesure les résultats en santé pour divers groupes géographiques, mais encore une fois, il faut un certain temps pour observer des changements. Au sujet des programmes qui ciblent ces populations, nous exigeons toujours de ceux qui les offrent de fournir un rapport sur les résultats atteints.

**Le président :** Je vous remercie.

[Français]

**Le sénateur Dagenais :** J'ai deux courtes questions. La première est la suivante : madame Voisin, dans un rapport assez étoffé, le directeur parlementaire du budget doute un peu de la

to achieve the objectives of Bill C-13 on official languages and to be able to truly protect the French language.

If we look at things such as labour mobility, which is a key factor in the health sector across Canada, what are the numbers? What investments is your department making to ensure medical services are available in French everywhere in Canada, particularly for Quebecers who have to work outside Quebec? If they want to be seen quickly, are they forced to receive services in English? When you are sick, you usually don't have time to get a translator.

**Ms. Voisin:** I would point to the recent investment in Budget 2023 to improve health services, as mentioned by the minister. A total of \$200 billion will be provided over 10 years for the provinces and territories. I can follow up on the specific amount for Quebec in terms of what was announced publicly.

We are waiting for an agreement with Quebec, which will improve health services, to implement the expected plan for the province, but federal funds are also available to improve services for Quebecers.

In addition, under our program, investments are earmarked for official language minority communities. Ms. Valdés can speak in greater detail about the different components of the program, which aims to improve access to health services in an individual's language of choice.

**Ms. Valdés:** Before getting into what our program does, I would like to draw your attention to one point. Last year, Health Canada once again worked with Statistics Canada to gain a better understanding of trends in language skills and bilingualism in the health workforce. What we found, from 2001 to 2016, by examining the data available when we began the study, was that the level of French use by health professionals in Quebec was over 98%. Therefore, most of them speak French. When you compare this with the use of French outside Quebec, you see that the number of health professionals who are bilingual or identify as such has increased.

However, since the health sector has exploded in recent years, their proportion in the health care system has decreased to around 11% of respondents. As you can imagine, that depends on the province or territory, ranging from 30% in New Brunswick, in the Atlantic provinces, to a low percentage in British Columbia. This report is publicly available, and I can give you the link if you like.

capacité du gouvernement de réaliser les objectifs du projet de loi C-13 sur les langues officielles et de pouvoir réellement protéger la langue française.

Si on prend en considération, entre autres, la mobilité de la main-d'œuvre, qui est un facteur important partout au pays dans le secteur de la santé, quels sont les chiffres, quels sont les investissements que votre ministère fait pour assurer des services médicaux en français partout au pays, notamment aux Québécois qui sont appelés à travailler ailleurs qu'au Québec? Sont-ils condamnés à recevoir des services en anglais s'ils veulent être servis rapidement? Quand on est malade, on n'a généralement pas le temps de faire appel à un traducteur.

**Mme Voisin :** Je dirais que le ministre a parlé de notre investissement récent dans le budget de 2023, un investissement de 200 milliards de dollars sur 10 ans pour améliorer les services de santé pour les provinces et les territoires. Je peux faire le suivi pour ce qui est du montant précis pour le Québec qui a été rendu public lors de cette annonce.

Nous attendons une entente avec le Québec, qui améliorera les services de santé, pour mettre en place le plan déjà prévu pour la province, mais il existe également des fonds fédéraux pour améliorer les services aux Québécois.

De plus, nous avons les investissements de notre programme qui sont réservés aux communautés de langue officielle en situation minoritaire. Mme Valdés peut parler plus en détail des différents volets de ce programme, qui vise à améliorer l'accès aux services de santé dans la langue préférée des individus.

**Mme Valdés :** Avant de me lancer dans ce que fait notre programme, j'aimerais attirer votre attention sur un point. L'an dernier, Santé Canada a travaillé encore une fois en collaboration avec Statistique Canada pour comprendre les tendances par rapport à la capacité langagière et au bilinguisme de la main-d'œuvre en santé. Ce qu'on a constaté, de 2001 à 2016, en examinant les données disponibles lorsqu'on s'est lancé dans cette étude, c'est que le niveau d'utilisation du français par les professionnels de la santé au Québec est au-delà de 98 %. Donc, la plupart d'entre eux parlent le français. Lorsqu'on fait la comparaison pour ce qui est du français à l'extérieur du Québec, on constate que le nombre de professionnels de la santé bilingues ou qui se disent bilingues a augmenté.

Cependant, leur proportion dans le système de santé a diminué, puisque ce secteur a explosé dans les dernières années. Il se situe à environ 11 % des répondants. Comme vous pouvez l'imaginer, cela dépend dans quelle province ou quel territoire on se trouve. Cela peut aller de 30 % au Nouveau-Brunswick, dans les provinces atlantiques, à un faible pourcentage en Colombie-Britannique, par exemple. Ce rapport est public et je peux vous donner le lien si vous le désirez.

In terms of training, the approach adopted under the Health Canada program is to support the vitality of francophone communities outside Quebec. We provide the option of post-secondary training in French for francophones living outside Quebec, so they can continue their education in French. That way, they don't have to study at anglophone universities or colleges, which are sometimes far from their community, something that could lead to their not coming back to their community.

We support 16 francophone training institutions, colleges and universities that belong to the Association des collèges et universités de la francophonie canadienne and provide over 110 training programs. As the minister mentioned, this program has supported over 10,000 bilingual health professionals. The existing training programs supported by the provinces and territories have produced roughly 30,000 graduates since 2003, when we began to collect the data. Follow-up surveys have been carried out to find out where these graduates work and whether they serve OLMCs. Roughly 96% have remained in their own communities, and 98% state that they provide services to official language minority communities. More effort is still needed, of course, since, as we mentioned, the numbers have increased but the proportion has decreased. The government recently announced, in Budget 2023, additional funding for training nurses and personal support care workers, which we hope to begin administering with our partners in the next few months.

**Senator Dagenais:** Is the delivery of French-language services to a francophone in a hospital in Alberta or English-language services to an anglophone in a hospital in Quebec a federal or provincial responsibility? If someone wants to make a complaint, who do they address their complaint to?

**Ms. Valdés:** The obligation to serve the public in both official languages varies by province and territory. Some have legislation. Ontario, for example, has the French Language Services Act, but that is not the case across the board.

However, across the country, there are policies encouraging the provision of services in the second official language spoken. Thanks to training, we're seeing something interesting at the community organization level. There are discussions with public authorities, and training is available in areas such as the active offer of services. This means that, when patients arrive, you can ask them what their official language of choice is in order to steer them to existing services in French. Of course, all services may not be available in French. It depends on where they live.

**Senator Dagenais:** Thank you very much, madam.

Pour ce qui est de la formation, l'approche adoptée par le programme de Santé Canada est de soutenir la vitalité des communautés francophones hors Québec. On offre la possibilité de suivre une formation postsecondaire en français, pour que les francophones qui habitent à l'extérieur du Québec puissent poursuivre leur scolarité en français, plutôt que d'aller étudier dans des universités ou des collèges anglophones qui sont parfois situés loin de leur communauté et de courir le risque qu'ils ne reviennent pas là où ils étaient.

Nous soutenons 16 établissements de formation francophones, des collèges et des universités qui appartiennent à l'Association des collèges et universités de la francophonie canadienne et qui offrent au-delà de 110 programmes de formation. Comme le ministre l'a mentionné, il y a au-delà de 10 000 professionnels de la santé bilingues qui ont été soutenus par ce programme. En plus de la formation qui existe déjà et qui est soutenue par les provinces et les territoires — il y a eu environ 30 000 diplômés depuis 2003, date à laquelle nous avons commencé à capter ces chiffres —, des enquêtes de suivi sont menées auprès de ces diplômés pour savoir où travaillent ces diplômés et s'ils servent les CLOSM. Environ 96 % d'entre eux restent dans leurs communautés, et 98 % d'entre eux affirment qu'ils offrent des services aux communautés linguistiques en situation minoritaire. Certes, il y a encore des efforts à faire, puisque nous avons mentionné que le chiffre a augmenté, mais la proportion a diminué. Le budget de 2023 vient d'annoncer des investissements supplémentaires par rapport aux formations d'infirmières et de préposés, ce que nous souhaitons entamer dans les prochains mois avec nos partenaires.

**Le sénateur Dagenais :** Donner des services en français à un francophone dans un hôpital de l'Alberta ou donner des services en anglais dans un hôpital au Québec, est-ce une compétence provinciale ou fédérale? Si la personne veut porter plainte, auprès de qui doit-elle formuler sa plainte?

**Mme Valdés :** Dans les provinces et les territoires, l'obligation de servir la population dans les deux langues officielles varie. Certains et certaines ont des lois. L'Ontario, par exemple, a la Loi sur l'accès aux services en français. Cela n'existe pas partout.

Cependant, partout au pays, il y a quand même des politiques qui encouragent l'offre de services dans la deuxième langue officielle parlée. Grâce à la formation, il y a un élément intéressant dans les organismes communautaires : il y a des pourparlers avec les instances publiques et on offre de la formation comme l'offre active de service. Cela veut dire que, dès l'arrivée des patients, on peut demander quelle est la langue officielle de choix de l'utilisateur, afin de mieux l'aiguiller vers les services francophones existants. Certes, il se pourrait que tous ces services ne soient pas disponibles en français; cela dépend du lieu de résidence.

**Le sénateur Dagenais :** Merci beaucoup, madame.

**Ms. Voisin:** Obviously, like the delivery of health care services, it's a provincial and territorial responsibility. Although we can encourage the provinces and territories to provide services in the language of choice, it is the provinces and territories that decide how the services are to be delivered.

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

**The Chair:** In negotiating agreements between the federal and provincial or territorial governments, isn't there room to require more accountability from the provinces on providing services in both official languages? Isn't that an instrument that can be used, so as not to run the risk of giving the provinces maximum flexibility when it comes to the delivery of services in both official languages?

**Ms. Voisin:** As the minister said, it really comes down to respecting the provinces' and territories' jurisdiction over the delivery of health services, although we can use the agreements as a tool to improve services to OLMCs.

In the agreements that we are currently negotiating with the provinces and territories, we have ensured that there is a commitment from the provinces and territories to improve services for equity-seeking populations, including official language minority communities. It's one of the points that we address when we discuss action plans with the provinces and territories, in order to do more and ensure that they include commitments in their action plan and concrete measures to meet those communities' needs.

**The Chair:** Like the minister, you used the term "equity," but is the term "substantive equality" part of your department's vocabulary when you deal with official languages matters?

**Ms. Voisin:** I don't know whether I can answer that question. It's true that we talk a lot about equity. We have a program dedicated to OLMCs. We try to advance the principles proposed in the bill.

**The Chair:** Thank you for your answer. The purpose of my question was not to trip you up, Ms. Voisin.

**Senator Gagné:** Ms. Valdés, you said that the Association des collèges et universités de la francophonie canadienne and the Consortium national de formation en santé are certainly key players, because of the support they provide to communities through colleges and universities. I just wanted to point out that the federal government also plays a key role, because it participates in these organizations. On behalf of my community

**Mme Voisin :** Évidemment, comme la livraison des services de santé, cela révèle de la compétence des provinces et des territoires. Même si on peut encourager les provinces et les territoires à offrir des services dans la langue préférée, ce sont les provinces et les territoires qui décident de la façon dont les services sont livrés.

**Le sénateur Dagenais :** Merci beaucoup.

**Le président :** Dans les ententes fédérales-provinciales-territoriales, n'y a-t-il pas un espace pour exiger davantage de redevances de compte de la part des provinces sur la question de la livraison des services dans les deux langues officielles? N'est-ce pas un instrument qui pourrait être utilisé adéquatement pour ne pas laisser aléatoirement aux provinces toute la latitude de ne pas offrir des services dans les deux langues officielles?

**Mme Voisin :** Comme le ministre l'a mentionné, il s'agit vraiment de respecter la compétence des provinces et des territoires de livrer les services de santé, même si les ententes sont un outil que nous pouvons utiliser pour nous assurer que les services aux CLOSM sont améliorés.

Dans les ententes que nous négocions actuellement avec les provinces et les territoires, nous nous sommes assurés qu'il y ait un engagement de la part des provinces et des territoires d'améliorer les services pour les populations en quête d'équité, dont les communautés de langue officielle en situation minoritaire. Quand nous allons discuter des plans d'action avec les provinces et les territoires, c'est l'un des éléments dont nous allons discuter avec eux pour aller encore plus loin et nous assurer qu'ils incluent des engagements dans leur plan d'action et des projets concrets pour répondre aux besoins de ces communautés.

**Le président :** Vous utilisez, comme le ministre, le terme « équité », mais les termes « égalité réelle » font-ils partie du vocabulaire de votre ministère lorsque vous parlez des deux langues officielles?

**Mme Voisin :** Je ne sais pas si c'est une question à laquelle je peux répondre. Nous parlons beaucoup d'équité, c'est vrai. Nous avons un programme consacré aux CLOSM. Nous essayons de faire avancer les principes proposés dans le projet de loi.

**Le président :** Merci de votre réponse. Je ne voulais pas vous piéger avec ma question, madame Voisin.

**La sénatrice Gagné :** Madame Valdés, vous avez indiqué que l'Association des collèges et universités de la francophonie canadienne, ainsi que le Consortium national de formation en santé, sont assurément des joueurs clés en raison de l'appui qu'ils accordent aux communautés par l'entremise des universités et des collèges. Je voulais simplement souligner que, parce qu'il a participé à ces organisations, le gouvernement

in Manitoba and the Université de Saint-Boniface, thank you for this support.

From a comparative standpoint, you stated that a great deal of work still has to be done to ensure continued progress toward substantive equality between both official languages. Yes, there is still a lot of work to do. I just wanted to reiterate that.

The minister spoke about assessing health inequalities. I gather from what you said that language is one of the factors to be considered in assessing health inequalities. Did I understand you correctly? The list of determinants of health includes income and social status, employment and working conditions, education and literacy, childhood experiences, gender, culture, and race and racism. Was language considered as a determinant of health in the studies?

**Ms. Voisin:** I am going to call on my colleague from the Public Health Agency of Canada to answer that question, since determinants of health are an extremely broad issue. Health Canada focuses more on the delivery of health services. The Public Health Agency of Canada is better suited to speak to issues involving a broader analysis of public health.

[English]

**Mr. Nafekh:** It is important to identify all the social determinants of health because the Public Health Agency of Canada designs its programs to target those in most need. Many of those factors are intersectional, including language. I'll go back to the health inequalities reporting tool that I mentioned. The first official language spoken is one of the indicators that we use to look at those intersecting factors. When you intersect first official language with geography and with many of the other factors that you mentioned, it helps us to identify the communities in which we need to target our programs, the stakeholders that are the official language minority communities, and the stakeholders that work in those communities and may offer programs. We then encourage them to apply for funding to deliver those programs in those communities. I guess my short answer is yes, we do consider language as one of those intersecting factors.

**Senator Gagné:** Thank you. But it's not necessarily identified as a determinant of health, though, when we look at the list. It's just part of all the determinants that are included in the list; is that it?

**Mr. Nafekh:** That would be correct.

fédéral joue effectivement un rôle clé. Je vous remercie de ce soutien au nom de ma communauté au Manitoba et de l'Université de Saint-Boniface.

Lorsqu'on fait la comparaison, vous avez affirmé qu'il y avait encore beaucoup de travail à faire si l'on veut progresser vers l'égalité réelle entre nos deux langues officielles. Oui, il y a encore beaucoup de travail à faire. Je voulais le mentionner.

Le ministre a parlé de l'évaluation des inégalités en matière de santé. D'après ce que je comprends de vos propos, la langue fait partie des facteurs à prendre en compte pour évaluer les inégalités en santé. Ai-je bien compris vos propos? Si on examine la liste des déterminants de la santé, on y retrouve le revenu, le statut social, l'emploi et les conditions de travail, l'éducation, la littératie, les expériences vécues dans l'enfance, le genre, la culture, la race et le racisme. Est-ce que la langue a été considérée dans les études comme étant un déterminant de la santé?

**Mme Voisin :** Je vais me tourner vers mon collègue de l'Agence de la santé publique du Canada, parce que les déterminants de la santé sont un enjeu très vaste, et Santé Canada met l'accent sur la livraison des services de santé. Pour l'analyse plus vaste ayant trait à la santé publique, c'est l'Agence de santé publique du Canada.

[Traduction]

**M. Nafekh :** Il est important de recenser tous les déterminants sociaux de la santé, car l'Agence de la santé publique du Canada conçoit ses programmes de manière à cibler les personnes qui en ont le plus besoin. Beaucoup de ces facteurs sont intersectionnels, y compris la langue. Je reviens à l'outil de rapport sur les inégalités en santé que j'ai mentionné. La première langue officielle parlée est l'un des indicateurs que nous utilisons pour examiner ces facteurs croisés. Lorsque nous croisons la première langue officielle avec la région géographique et nombre d'autres facteurs que vous avez mentionnés, cela nous aide à déterminer les communautés cibles pour nos programmes, et aussi les intervenants qui travaillent dans ces communautés et qui peuvent offrir ces programmes. Nous les encourageons ensuite à demander des fonds pour mettre en œuvre ces programmes. Je pense que ma réponse courte est oui, nous considérons la langue comme l'un de ces facteurs croisés.

**La sénatrice Gagné :** Je vous remercie. Même si cela n'est pas nécessairement mentionné comme un déterminant de la santé quand on regarde la liste, cela est pris en compte. C'est bien cela?

**M. Nafekh :** C'est exact.

[*Translation*]

**Ms. Valdés :** Yes. Other elements that perhaps are not on the list are also considered. That includes all the things that set remote and rural populations apart. That means not only the communities' geographical location, but also the whole issue of disabilities and persons with disabilities. All of that comes into play. Furthermore, it's part of what we do in sex- and gender-based analysis. It goes beyond sex and gender. All the facets of diversity in Canadian society are considered, such as socio-economic status and so on.

**Senator Gagné :** Thank you.

**The Chair :** This ties in with the question from Senator Gagné. Culture is, in my opinion, a determinant of health, so it would be interesting to understand how culture is defined as a determinant of health. Since language and culture are intrinsically and inextricably linked, is language considered when culture is taken into account as a health determinant?

[*English*]

**Mr. Nafekh :** Yes. I know that we've done public opinion research in official language minority communities among specific demographics, like the 2SLGBTQI+ demographic, and we know that they experience discrimination twofold and isolation more so when you add that as a social determinant or as a factor. In terms of culture, I'm not quite clear on the reference to culture versus language.

**The Chair :** When you think about culture in terms of a determinant, I was just wondering if the language is part of that, because it's linked together, right? I guess it's more a philosophical question that I'm asking but —

**Mr. Nafekh :** The answer is yes.

**The Chair :** Thank you.

I have a couple of questions that I will ask to Mr. Nafekh. Is the Public Health Agency of Canada able to comply with its linguistic obligations when working with third parties? Has, for example, the Public Health Agency of Canada developed an action plan to ensure that communications and services delivered by third parties comply with obligations set out in Part IV of the Official Languages Act, as recommended by the Commissioner of Official Languages?

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

[*Français*]

**Mme Valdés :** Oui. D'autres éléments qui ne figurent peut-être pas non plus sur la liste sont aussi considérés; il s'agit de toute la différence avec les populations rurales et éloignées. Il y a la situation géographique de ces communautés, mais il y a aussi toute la question des handicaps et des personnes en situation de handicap. Tout cela entre en ligne de compte. D'ailleurs, cela fait partie de ce qu'on fait dans le cadre de l'analyse comparative entre les sexes et le genre. Cela va au-delà du sexe et du genre; il s'agit aussi de toutes les différentes facettes de la diversité au sein de la société canadienne, comme le niveau socioéconomique et ainsi de suite.

**La sénatrice Gagné :** Merci.

**Le président :** Pour faire le pont avec la question de la sénatrice Gagné, la culture étant, à mon avis, un déterminant de la santé, il serait intéressant de comprendre comment se définit la culture en tant que déterminant de la santé. Puisque le lien entre la langue et la culture est intrinsèque et indissociable, est-ce que la langue est prise en compte, dans le contexte de la prise en compte de la culture comme déterminant de la santé?

[*Traduction*]

**M. Nafekh :** Oui. Je sais que nous avons mené des enquêtes sur l'opinion publique dans les communautés de langue officielle en situation minoritaire auprès de groupes particuliers, comme la communauté 2SLGBTQI+, et nous savons qu'ils subissent doublement de discrimination et plus d'isolement quand on ajoute cet élément comme déterminant social ou comme facteur. Pour ce qui est de la culture, je ne comprends pas très bien la référence à la culture par rapport à la langue.

**Le président :** Je me demande simplement, quand on parle de la culture comme déterminant, si la langue en fait partie, car ces éléments sont liés, n'est-ce pas? C'est une question sans doute plutôt philosophique que je pose, mais...

**M. Nafekh :** La réponse est oui.

**Le président :** Je vous remercie.

J'ai quelques questions qui sont destinées à M. Nafekh. L'Agence de la santé publique du Canada est-elle en mesure de respecter ses obligations linguistiques lorsqu'elle travaille avec des tierces parties? L'agence a-t-elle, par exemple, élaboré un plan d'action pour s'assurer que les communications des tierces parties et les services qu'elles offrent respectent les obligations prévues à la partie IV de la Loi sur les langues officielles, comme il a été recommandé par le commissaire aux langues officielles?

**M. Nafekh :** Je vous remercie de la question.

The short answer is yes. The way we do that is through — well, it depends. For contractors, for example, we write requirements into the contracts that they provide all materials in both official languages. For our funding recipients, we include clauses that are the same and also encourage offering programs that target official language minority communities and the needs of those demographics that we're trying to target in those communities.

**The Chair:** There again, how do you measure the results and the impact and if they have done what they were supposed to do?

**Mr. Nafekh:** Through annual reporting. We examine exactly who the recipients were at the end of the day, and through those reports, we do extensive monitoring and reporting back.

**The Chair:** Thank you.

I have one last question concerning the Dementia Community Investment. What have been the main achievements, and how many projects targeted official language minority communities? Did this funding serve to improve access to minority language health services, and if so, in what way?

**Mr. Nafekh:** I can provide a list of projects and their funding to the committee in writing, but I will give some examples. We have seen some success.

In terms of targeting the programs, again, we conducted public opinion research to be able to identify the needs in those communities. Then we worked with stakeholders to deliver programs. For example, la Société Alzheimer Granby et région is receiving funding to counter stigma and reduce social isolation for people with mild cognitive impairment and to provide support for caregivers, including in the anglophone and francophone minority communities in Quebec and Nova Scotia.

[Translation]

**The Chair:** Thank you.

I would like to thank the witnesses for their contribution this evening and for the work they do, day in and day out, to help Canadians live healthy lives.

Before we adjourn, fellow senators, I would like to alert you to the fact that our order of reference authorizing the committee's study of the application of the Official Languages Act is set to expire on June 15. Next week, I plan to give notice of a motion to extend the deadline for the report to December 31, 2025. That way, we won't need to seek another extension before the

La réponse courte est oui. Nous procédons de la façon... en fait, cela dépend. Quand il s'agit de contractants, les exigences sont mentionnées dans le contrat, à savoir que tout le matériel doit être dans les deux langues officielles. Quand il s'agit de bénéficiaires de financement, nous incluons des dispositions semblables et nous les encourageons à offrir des programmes qui ciblent les communautés de langue officielle en situation minoritaire et les besoins des groupes démographiques que nous nous efforçons de joindre dans ces communautés.

**Le président :** Encore une fois, comment mesurez-vous les résultats et comment déterminez-vous s'ils ont fait ce qu'ils étaient censés faire?

**M. Nafekh :** Nous le faisons par l'entremise des rapports annuels. Nous vérifions exactement qui ont été les bénéficiaires des programmes, et à partir de ces rapports, nous exerçons une surveillance rigoureuse et nous rendons compte des résultats.

**Le président :** Je vous remercie.

J'ai une dernière question concernant le programme Investissement en matière de démence. Quelles ont été les grandes réalisations, et combien de projets ont ciblé les communautés de langue officielle en situation minoritaire? Ces fonds ont-ils servi à améliorer l'accès aux services de santé dans ces communautés, et si c'est le cas, de quelles façons?

**M. Nafekh :** Je peux faire parvenir au comité une liste des projets et des fonds accordés, mais je vais vous donner quelques exemples. Nous avons connu des succès.

Pour ce qui est d'offrir des programmes ciblés, encore une fois, nous avons mené des enquêtes d'opinion publique pour être en mesure de recenser les besoins dans ces communautés. Nous travaillons ensuite avec des intervenants pour offrir des programmes. À titre d'exemple, la Société Alzheimer Granby et région reçoit du financement pour contrer la stigmatisation et réduire l'isolement des personnes atteintes de déficience cognitive légère et soutenir les proches aidants, y compris dans les communautés francophones et anglophones minoritaires au Québec et en Nouvelle-Écosse.

[Français]

**Le président :** Je vous remercie.

Je remercie les témoins de leur contribution ce soir et du travail qu'ils font, jour après jour, pour aider les Canadiennes et les Canadiens à vivre en santé.

Chers collègues, avant de lever la séance, j'aimerais signaler que notre ordre de renvoi tendant à autoriser le comité à étudier l'application de la Loi sur les langues officielles arrive à échéance le 15 juin. La semaine prochaine, j'ai l'intention de donner préavis d'une motion visant à reporter la date finale de la présentation du rapport au 31 décembre 2025. Ainsi, nous

dissolution of the Forty-fourth Parliament. This motion deals with our general mandate.

I would also like to inform you that, next week, I plan to move the adoption of the francophone immigration report and to request a government response from the Minister of Immigration, Refugees and Citizenship in consultation with the Minister of Official Languages. That will be done next week.

Thank you, honourable senators. If there are no other comments or questions, the meeting is adjourned.

(The committee adjourned.)

n'aurons pas besoin de la reporter encore avant la dissolution de la 44<sup>e</sup> législature du Parlement. C'est une motion qui a trait à notre mandat général.

J'aimerais aussi vous aviser que j'ai l'intention de proposer, la semaine prochaine, l'adoption du rapport sur l'immigration francophone et de demander une réponse du gouvernement auprès du ministre de l'Immigration, des Réfugiés et de la Citoyenneté, en consultation avec la ministre des Langues officielles. Ce sera fait la semaine prochaine.

Honorables sénateurs, comme il n'y a plus d'autres questions ou commentaires, je déclare la séance levée.

(La séance est levée.)

---