

EVIDENCE

OTTAWA, Monday, May 15, 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: My name is René Cormier, senator from New Brunswick, and I am currently the Chair of the Standing Senate Committee on Official Languages.

Before I begin, I would like to invite the members of the committee present today to introduce themselves, beginning on my left.

Senator Moncion: Senator Lucie Moncion from Ontario.

Senator Clement: Senator Bernadette Clement from Ontario.

Senator Mégie: Senator Marie-Françoise Mégie from Quebec.

Senator Dalphond: Pierre J. Dalphond from Quebec.

The Chair: Welcome, colleagues. I would also like to welcome our witnesses today and the viewers from across the country who are watching. I would like to point out that the lands from which we are meeting are part of the unceded traditional territory of the Algonquin Anishinaabe people.

Tonight we continue our study on minority language health services. For our first panel, we are pleased to welcome Stéphane Robichaud, Chief Executive Officer of the New Brunswick Health Council, in person. We have with us, via video conference, Barbara Losier, Executive Director of the Mouvement acadien des communautés en santé du Nouveau-Brunswick, as well as Dr. France Desrosiers, President and Chief Executive Officer of the Vitalité Health Network.

Good evening to the three of you and welcome to the meeting. We are ready to hear your opening statements and then we will have a question and answer period with the senators. I'll start with Mr. Robichaud.

Stéphane Robichaud, Chief Executive Officer, New Brunswick Health Council: Mr. Chair, members of the Standing Senate Committee on Official Languages, good evening and thank you for this opportunity to contribute to your deliberations.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le lundi 15 mai 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.

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

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

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

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

Le président : Bienvenue, chers collègues. Je souhaite aussi la bienvenue à nos témoins d'aujourd'hui ainsi qu'aux téléspectateurs de tout le pays qui nous regardent. Je tiens à souligner que les terres à partir desquelles nous nous réunissons font partie du territoire traditionnel non cédé du peuple algonquin anishinabe.

Ce soir, nous poursuivons notre étude sur les services de santé dans la langue de la minorité. Pour notre premier groupe, nous sommes heureux d'accueillir en présentiel M. Stéphane Robichaud, directeur général du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick. Nous accueillons, par vidéoconférence, Mme Barbara Losier, directrice générale du Mouvement acadien des communautés en santé du Nouveau-Brunswick, ainsi que la Dre France Desrosiers, présidente-directrice générale du Réseau de santé Vitalité.

Bonsoir à vous trois et bienvenue parmi nous. Nous sommes prêts à entendre vos déclarations préliminaires, puis nous procéderons à une période de questions avec les sénateurs et sénatrices. Je donne d'abord la parole à M. Robichaud.

Stéphane Robichaud, directeur général, Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick : Monsieur le président, mesdames et messieurs les membres du Comité sénatorial permanent des langues officielles, bonsoir et merci de cette occasion de contribuer à vos délibérations.

The New Brunswick Health Council is a provincial agency with a dual mandate to report publicly on the quality of health services and to develop and implement mechanisms for public input into improving the quality of health services.

The work of the New Brunswick Health Council must be done in an impartial manner with a citizen's perspective. What is the state of health of the population? What is the quality of the services received? Regardless of individual characteristics, circumstances, geography, are resources being managed to provide the same quality of care to all? I have had the opportunity to listen to some of your previous sessions. Many clearly explained the risks associated with not receiving health services in one's preferred language. Based on the lessons learned through the New Brunswick Health Council, the content of this statement will focus more on the barriers and opportunities for improving the quality of publicly funded health services. These improvements include, but are not limited to, access to services in the minority official language.

The most significant initial finding in fulfilling the mandate of the New Brunswick Health Council was the lack of generally accepted, geographically disaggregated data to assess the health status of the population, the quality of health services and the distribution of resources. This finding has been a major influence on the strategies adopted by the council from the outset. Indicator frameworks were developed in consultation with public health agencies, providing snapshots of population health and the quantity of health services.

The New Brunswick Health Council Act defines quality health services as measured by accessibility, equity, appropriateness, safety and effectiveness. For population health, a framework inspired by the State of Wisconsin has been adopted. This framework is based on the principle of the determinants of health, including measures related to quality and length of life. The categories of determinants and their weight in influencing population health status are health behaviours at 40%, socio-economic factors at 40%, physical environment at 10%, and health services at 10%. Initially, the Health Council's reports had a limited number of indicators and were limited to comparing New Brunswick to the national average. In the early years, the Health Council's work benefited from exceptional collaboration with provincial organizations, which allowed for the identification and validation of several additional indicators from administrative data systems.

Le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick est un organisme provincial qui a comme double mandat de faire un rapport public sur la qualité des services de santé et de concevoir et mettre en œuvre des mécanismes permettant à la population de participer à l'amélioration de la qualité des services de santé.

Le travail du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick doit être accompli avec impartialité tout en privilégiant une perspective citoyenne. Quel est l'état de la santé de la population? Quelle est la qualité des services reçus? Peu importe les caractéristiques individuelles, les circonstances, la géographie, est-ce que les ressources sont gérées de sorte à offrir des soins de même qualité à tous? J'ai eu l'occasion d'écouter certaines de vos séances précédentes. Plusieurs ont clairement expliqué les risques associés au fait de ne pas recevoir des services de santé dans la langue de son choix. En nous basant sur les leçons apprises dans le cadre du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, le contenu de cette déclaration portera davantage sur les obstacles et les possibilités pour ce qui est de l'amélioration de la qualité des services de santé financés publiquement. Ces améliorations comprennent l'accès aux services dans la langue officielle minoritaire, mais n'y sont pas limitées.

Les lacunes sur le plan des données généralement acceptées, désagrégées géographiquement, permettant d'évaluer l'état de santé de la population, la qualité des services de santé et la distribution des ressources ont été le constat initial le plus important dans l'exécution du mandat du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick. Ce constat a exercé une grande influence sur les stratégies adoptées par le conseil dès ses débuts. Des cadres pour indicateurs ont été développés en consultation avec les organismes publics du secteur de la santé, ce qui a permis de dresser des portraits ponctuels de la santé de la population et de la quantité des services de santé.

La Loi créant le Conseil du Nouveau-Brunswick en matière de santé donne une définition de services de santé de qualité mesurés au regard de l'accessibilité, de l'équité, de la justesse, de la sécurité du rendement et de l'efficacité. Pour la santé de la population, un cadre inspiré de l'État du Wisconsin a été adopté. Ce cadre est basé sur le principe des déterminants de la santé, y compris des mesures liées à la qualité et à la durée de vie. Les catégories de déterminants et leur poids en ce qui concerne l'influence sur l'état de la santé de la population sont les comportements liés à la santé, pour 40 %, les facteurs socioéconomiques, pour 40 %, l'environnement physique, pour 10 % et les services de santé, pour 10 %. À l'origine, les rapports du conseil de la santé comptaient un nombre limité d'indicateurs et se limitaient à comparer le Nouveau-Brunswick à la moyenne nationale. Au cours des premières années, le travail du conseil de la santé a bénéficié d'une collaboration exceptionnelle d'organisations provinciales, ce qui a permis d'identifier et de valider plusieurs indicateurs additionnels à partir des systèmes de données administratives.

To fill some of the gaps, particularly in the area of patient experience, multi-year surveys were implemented across several health service sectors. In New Brunswick, this was the first time that surveys were administered in a standardized manner, providing data that could be disaggregated on a geographic and demographic basis. The survey questions identify whether citizens receive their services in their preferred official language, which provides a snapshot of the state of hospital care, home care and primary health care services.

I invite you to view the survey results on the council's website at www.csnb.ca.

However, in terms of administrative data management in New Brunswick, it is still not possible to adequately disaggregate data on the basis of official language preference. Groups such as the Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick (SSMEFNB) have been calling for this possibility since the work of the council began in 2008. This would allow for a better assessment of the relationship between official language preference and the quality of health services received. This is a particularly important issue for francophones living in the province's English-speaking urban centres. Recent agreements between the federal government and the provinces and territories offer opportunities for improvement. The texts make reference to official languages and minority communities. In the coming years, particular attention should be paid to the accountability framework related to these agreements and its evolution. Clarifying the results expected from the investments and identifying performance measures will be important challenges.

However, with the support of effective governance, these agreements could contribute to improving the quality of health services, including access to services in the minority official language. Thank you for your attention.

The Chair: Thank you, Mr. Robichaud. I will now give the floor to Dr. Desrosiers.

Dr. France Desrosiers, President and Chief Executive Officer, Vitalité Health Network: I would like to take this opportunity to thank the Standing Senate Committee on Official Languages for its invitation. As President and CEO of Vitalité Health Network, I am pleased to share with you our experience as a francophone organization in a bilingual province where French is the minority language.

As you know, New Brunswick is the only officially bilingual province in Canada. Vitalité Health Network is the francophone regional health authority that covers the entire northern part of the province, as well as the southeast. It has 60 points of service, including 11 hospitals, nearly 8,000 employees, 600 physicians and 400 volunteers. In addition to being a pillar of the

Pour combler certaines lacunes, en particulier en matière d'expériences vécues par les patients, des sondages pluriannuels visant plusieurs secteurs de services de santé ont été implantés. Au Nouveau-Brunswick, c'était la première fois qu'on ferait remplir des sondages de façon standardisée en offrant des données qui pouvaient être désagrégées sur une base géographique et démographique. Les questions des sondages permettent d'identifier si les citoyens reçoivent leurs services dans leur langue officielle préférée, ce qui permet de voir l'état de la situation sur le plan des services de soins hospitaliers, des soins à domicile et des services de santé primaires.

Je vous invite à consulter les résultats des sondages sur le site Web du conseil à l'adresse suivante : www.csnb.ca.

Cependant, sur le plan de la gestion des données administratives au Nouveau-Brunswick, il n'est toujours pas possible de désagréger adéquatement les données sur la base de la langue officielle préférée. Depuis les débuts des travaux du conseil en 2008, des groupes comme la Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick (SSMEFNB) revendiquent cette possibilité. Il serait alors possible de mieux évaluer les liens entre la langue officielle préférée et la qualité des services de santé reçus. C'est une question particulièrement importante pour les francophones qui vivent dans les centres urbains anglophones de la province. Les récentes ententes entre le gouvernement fédéral et les provinces et territoires offrent des possibilités d'amélioration. Les textes font référence aux langues officielles et aux communautés minoritaires. Au cours des années à venir, une attention particulière devrait être portée au cadre de reddition de comptes lié à ces ententes et à son évolution. Le fait de clarifier les résultats escomptés par les investissements et l'identification de mesures de rendement seront des défis importants.

Cependant, avec le soutien d'une gouvernance efficace, ces ententes pourraient contribuer à améliorer la qualité des services de santé, y compris l'accès aux services dans la langue officielle minoritaire. Je vous remercie de m'avoir écouté.

Le président : Merci, monsieur Robichaud. Je donne maintenant la parole à la Dre Desrosiers.

Dre France Desrosiers, présidente-directrice générale, Réseau de santé Vitalité : J'en profite pour remercier le Comité sénatorial permanent des langues officielles de son invitation. Comme présidente-directrice générale du Réseau de santé Vitalité, j'ai le plaisir de partager avec vous notre expérience comme organisation francophone dans une province bilingue où le français est la langue de la minorité.

Comme vous le savez, le Nouveau-Brunswick est la seule province officiellement bilingue au Canada. Le Réseau de santé Vitalité est la régie régionale de la santé francophone qui couvre tout le nord de la province, ainsi que le sud-est. Il compte 60 points de service, dont 11 hôpitaux, près de 8 000 employés, 600 médecins et 400 bénévoles. En plus d'être un pilier de la

francophone and Acadian community, the network is an employer. It provides an environment where it is possible to work and develop professionally in French, but it also contributes to French-language training, as we are the primary clinical placement environment for all health professions in the province. In New Brunswick, francophones represent 32% of the total population and anglophones 68%. New Brunswick has one of the highest average ages of any province. Francophones have an even higher average age and therefore have a higher incidence of chronic disease and a greater need for health care and services.

In addition to demographic factors, the socio-economic profile of the francophone population also shows differences from anglophones, with lower levels of education and literacy, lower economic status, and less access to services, as francophones live primarily in rural areas.

Dr. Denis Prud'homme, a physician, researcher and rector of the Université de Moncton, is interested in the quality and safety of health services in minority language situations. At a symposium held last March on French-language health care, he presented the results of his analyses, which show that people who receive care in their mother tongue have better clinical outcomes than those who receive care in a language other than their mother tongue.

Yet in New Brunswick, according to the 2016 census, the rate of bilingualism is 72% for francophones and only 15% for anglophones. From a provincial perspective, it is also possible to conclude that francophones are at a disadvantage in this regard, as they are less likely to receive care in their mother tongue outside of Vitalité Health Network.

As for the challenges related to the shortage of health care professionals, the active francophone or bilingual workforce is not sufficient to meet the needs. Let me explain: At Vitalité Health Network, we rely mainly on the New Brunswick Community College and the Université de Moncton to train our health professionals. Considering that we are a bilingual province that must offer care in both official languages, and given the high proportion of bilingual students among francophones, our training institutions are therefore training professionals who are expected by both the anglophone and francophone health networks, not to mention many other types of positions requested by partners who also require bilingualism, such as the Extra-Mural Program or other federal points of service.

communauté francophone et acadienne, le réseau est un employeur. Il offre un milieu où il est possible de travailler et de se développer sur le plan professionnel en français, mais il contribue aussi à la formation en français, car nous représentons le principal milieu de stages cliniques pour toutes les professions de la santé dans la province. Au Nouveau-Brunswick, les francophones représentent 32 % de la population totale et les anglophones, 68 %. Le Nouveau-Brunswick figure parmi les provinces ayant la moyenne d'âge la plus élevée. Chez les francophones, la moyenne est encore plus élevée, donc le nombre de maladies chroniques et les besoins en soins et en services de santé sont plus grands.

En plus des facteurs démographiques, le profil socioéconomique de la population francophone montre aussi des écarts avec les anglophones, avec un niveau d'éducation et de littératie moins élevé, une situation économique moins avantageuse et un accès moindre aux services, puisque les francophones vivent surtout en milieu rural.

Le Dr Denis Prud'homme, médecin, chercheur et recteur de l'Université de Moncton, s'intéresse à la qualité et à la sécurité des services de santé offerts en situation linguistique minoritaire. Lors d'un symposium tenu en mars dernier sur les soins de santé en français, il a exposé les résultats de ses analyses, qui montrent que les personnes qui reçoivent des soins dans leur langue maternelle ont de meilleurs résultats cliniques comparativement aux personnes qui reçoivent des soins dans une langue autre que leur langue maternelle.

Or, au Nouveau-Brunswick, selon le recensement de 2016, le taux de bilinguisme est de 72 % pour les francophones et de seulement 15 % pour les anglophones. Dans une perspective provinciale, il est aussi possible de conclure que les francophones sont désavantagés à ce chapitre, alors qu'ils ont moins de chances d'être soignés dans leur langue maternelle à l'extérieur du Réseau de santé Vitalité.

En ce qui a trait aux défis liés à la pénurie de professionnels de la santé, la main-d'œuvre active francophone ou bilingue n'est pas suffisante pour répondre aux besoins. Je m'explique : au Réseau de santé Vitalité, nous comptons surtout sur le Collège communautaire du Nouveau-Brunswick et sur l'Université de Moncton pour former nos professionnels de la santé. Considérant que nous sommes une province bilingue qui se doit d'offrir des soins dans les deux langues officielles, et étant donné la forte proportion d'étudiants bilingues chez les francophones, nos établissements de formation se trouvent donc à former des professionnels qui sont attendus autant par le réseau de santé anglophone que le réseau francophone, et ce, sans compter beaucoup d'autres types de postes demandés par des partenaires qui exigent aussi le bilinguisme, comme le Programme extra-mural ou d'autres points de service fédéraux.

On the other hand, very few students from English-language post-secondary institutions choose Vitalité Health Network or our partners' bilingual positions because of their low bilingualism rate.

Moreover, this reality is not taken into account in the allocation of post-secondary education spaces for francophones.

As for research needs, we believe that in order to fully understand the specific needs of francophone minority communities, particularly in the area of health, we must provide better support for francophone researchers in these environments, especially in New Brunswick. In general, the place of French in the Canadian research system is declining, with only 5% to 10% of applications to granting agencies in the health sciences written in French. In addition, French-speaking researchers who submit applications in French to the Canadian Institutes of Health Research are at a disadvantage. These applications are said to have a success rate of about 30%, compared to 37% for those submitted in English.

Finally, I also think that community involvement deserves some thought. Vitalité Health Network conducts a cyclical health needs assessment — for and with each of its 13 communities. Beyond this assessment, we want to support our communities in implementing initiatives that can meet the needs identified. This is the learning communities approach, which allows them to engage in a formal process, with the support of Vitalité Health Network, to implement initiatives that promote population health, while respecting the needs and linguistic and cultural particularities of the communities.

While Vitalité Health Network is a key player in safeguarding the French fact in our province, so are the communities, and I think we need to recognize this and incorporate them into our strategies.

I would like to say a word about the importance of the governance of regional health authorities. Although this is a provincial matter, I would like to emphasize the importance of maintaining two separate health authorities, one francophone and one anglophone, in order to preserve the French fact in New Brunswick. A few days ago, our government announced the creation of a new regional governance structure. After about a year of trusteeship, the new structure provides for the maintenance of a separate governance for each board; I believe that we must applaud this decision and ensure its continuity in order to respect the rights of the francophone and Acadian communities.

In conclusion, experience shows that in so-called bilingual environments, English ends up being the language of operations, functioning and services. That said, Vitalité Health Network and

En revanche, très peu d'étudiants des établissements d'enseignement postsecondaire anglophones choisissent le Réseau de santé Vitalité ou les postes bilingues de nos partenaires, en raison de leur faible taux de bilinguisme.

De plus, cette réalité n'est pas prise en compte dans l'allocation des places dans les milieux d'enseignement postsecondaire du côté des francophones.

Quant aux besoins en matière de recherche, nous pensons que, pour bien comprendre les besoins propres aux communautés francophones en situation minoritaire, notamment en matière de santé, nous devons mieux soutenir les chercheurs francophones qui évoluent dans ces milieux, notamment au Nouveau-Brunswick. De façon générale, la place du français dans le système de recherche au Canada est en déclin, puisque seulement 5 à 10 % des demandes auprès des organismes subventionnaires des domaines des sciences de la santé sont rédigées en français. De plus, les chercheurs d'expression française qui présentent des demandes en français auprès des Instituts de recherche en santé du Canada sont désavantagés. Ces demandes auraient un taux de succès d'environ 30 %, comparativement à 37 % pour celles qui sont présentées en anglais.

Enfin, je pense également que l'engagement des communautés mérite une réflexion. Le Réseau de santé Vitalité effectue de manière cyclique une évaluation des besoins en santé — pour et avec chacune de ses 13 communautés. Au-delà de cette évaluation, nous souhaitons appuyer nos communautés dans la mise en œuvre d'initiatives qui pourront répondre aux besoins identifiés. C'est l'approche des communautés apprenantes, qui leur permet de s'engager dans un processus formel, avec l'appui Réseau de santé Vitalité, visant à mettre en place des initiatives favorisant la santé populationnelle, tout en respectant les besoins et les particularités linguistiques et culturelles des communautés.

Alors que le Réseau de santé Vitalité est un joueur déterminant dans la sauvegarde du fait français dans notre province, les communautés le sont également, et je pense que nous devons le reconnaître et les intégrer à nos stratégies.

J'aimerais glisser un mot sur l'importance de la gouverne des régies régionales de la santé. Bien que la question soit de compétence provinciale, je me permets de souligner l'importance du maintien de deux régies de la santé distinctes, l'une francophone et l'autre anglophone, pour la sauvegarde du fait français au Nouveau-Brunswick. Il y a quelques jours, notre gouvernement a annoncé la création d'une nouvelle structure de gouverne de régie régionale. Après environ un an de tutelle, la nouvelle structure prévoit le maintien d'une gouverne distincte pour chaque régie; j'estime que nous devons applaudir cette décision et assurer la pérennité de celle-ci pour respecter les droits des communautés francophones et acadiennes.

En conclusion, l'expérience montre que, dans les milieux dits bilingues, l'anglais finit par devenir la langue des opérations, du fonctionnement et des services. Cela dit, le Réseau de santé

the entire population would benefit from an increase in bilingualism in the province, both in terms of available human resources and business relations with other health partners in New Brunswick, to enable everyone to express themselves and function in the official language of their choice.

Although language is not a determinant of health, care in the mother tongue has a direct influence on patient health, as we have seen with Dr. Prud'homme's research. As a linguistic minority, the francophone population has always made many compromises. Increased investment in minority language health care and services would not only contribute to the development of the francophone population —

The Chair: I'm going to ask you to wrap up, Dr. Desrosiers. I'm sorry.

Dr. Desrosiers: Yes, I was on the last page. I just wanted to say that this would contribute not only to the development of the francophone population, but also to its health.

I want to thank you for giving me this opportunity to share my thoughts.

The Chair: Thank you, Dr. Desrosiers.

Barbara Losier, Executive Director, Mouvement acadien des communautés en santé du Nouveau-Brunswick: Thank you, Mr. Chair.

Good evening, honourable senators. The Mouvement acadien des communautés en santé du Nouveau-Brunswick, or MACS-NB, is a non-profit community organization. Let me thank you for the privilege of sharing our perspective on minority language health services with this committee.

We applaud your foresight in understanding the importance of this issue to all Acadian and francophone communities across the country.

For more than 20 years, our organization has been acting as a network to mobilize and support communities and local populations in New Brunswick's Acadia in taking charge of their health and well-being, both individually and collectively. The MACS-NB brings together 166 communities, Healthy Schools organizations and associated groups. Through its multisectoral collaborations, our network has connections with nearly 200 groups, players and partners in the field of French-language health and wellness in New Brunswick, Canada and even internationally.

I would like to highlight the successful partnerships we have with the Vitalité Health Network and the New Brunswick Health Council.

Vitalité et toute la population bénéficieraient d'une augmentation du bilinguisme dans la province, tant sur le plan des ressources humaines disponibles que des relations d'affaires avec les autres partenaires en santé au Nouveau-Brunswick, pour permettre à tous de s'exprimer et de fonctionner dans la langue officielle de son choix.

Bien que la langue ne soit pas un déterminant de la santé, les soins dans la langue maternelle exercent une influence directe sur la santé des patients, comme on l'a vu avec la recherche du Dr Prud'homme. Puisqu'elle vit en situation linguistique minoritaire, la population francophone a toujours fait de nombreux compromis. Un investissement accru dans les soins et services de santé dans la langue de la minorité contribuerait non seulement à l'épanouissement de la population francophone...

Le président : Je vais vous demander de conclure, docteur Desrosiers. Je suis désolé.

Dre Desrosiers : Oui, j'en étais à la dernière page. Je voulais juste dire que cela contribuerait non seulement à l'épanouissement de la population francophone, mais aussi à sa santé.

Je tiens à vous remercier de m'avoir donné cette occasion de partager mes réflexions.

Le président : Merci, docteur Desrosiers.

Barbara Losier, directrice générale, Mouvement acadien des communautés en santé du Nouveau-Brunswick : Merci, monsieur le président.

Bonsoir, honorables sénatrices et sénateurs. Le Mouvement acadien des communautés en santé du Nouveau-Brunswick, le MACS-NB, est un organisme communautaire sans but lucratif. Permettez-moi de vous remercier de nous avoir offert le privilège de partager avec votre comité notre perspective sur les services de santé dans la langue de la minorité.

Nous saluons votre clairvoyance d'avoir compris l'importance que revêt cet enjeu pour l'ensemble des communautés acadiennes et francophones du pays.

Depuis plus de 20 ans, notre organisme agit comme réseau de mobilisation et d'accompagnement des communautés et des populations locales de l'Acadie du Nouveau-Brunswick dans la prise en charge de leur santé et de leur mieux-être, tant individuel que collectif. Le MACS-NB rassemble 166 communautés, organisations Écoles en santé et groupes associés. Par ses collaborations multisectorielles, notre réseau a des connexions avec près de 200 groupes, acteurs et partenaires en lien avec la santé et le mieux-être en français au Nouveau-Brunswick, au Canada et même à l'international.

Je me permets d'ailleurs de souligner les partenariats gagnants que nous entretenons avec le Réseau de santé Vitalité et le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick.

I would also like to extend a warm greeting to Senator Cormier, who has been a long-time ally of the MACS-NB and a great cultural and artistic advocate in our communities.

The intervention lever favoured by our organization is the Healthy Communities — Healthy Schools model, which aspires to achieve community happiness by placing citizens at the heart of every action and every process.

You will understand that our vision of health is reflected in the aspirations of our communities. This vision includes the 12 determinants of health as recognized by the Public Health Agency of Canada, and is bolstered by strong citizen and community participation. It supports community capacity building and has a strong influence on public policy to achieve health equity; this vision highlights community and school vitality and promotes an ever-growing connection between the system and the community.

The MACS-NB is convinced that the Acadian and francophone community of New Brunswick says yes to the inclusion of linguistic clauses in health transfers; yes to the capture of the linguistic variable to support data on the health of our population; yes to the recognition of language and culture as inseparable components of the determinants of health; yes to the perspective of shaping health in a different way that will lead to vibrant health for the greatest number of people, and in French.

Even though New Brunswick is a supposedly bilingual province, the Acadian population still has great needs in terms of access to promote health services in French. The data show that this is the case even in regions where francophones are in the majority. We can speak here of primary health, mental health, population health and health in isolated rural areas.

It is clear that not everything can be solved from the system alone. The community is eager to be part of the solution as a full partner and is reluctant to be relegated to the passive role of patient. Let's give communities the power and capacity to offer alternative solutions, as they are already doing across the country.

Studies such as that of the New Brunswick Health Council have shown that health services and care account for only 10% of the population's health. As Mr. Robichaud said, 40% of health is based on socio-economic factors, 40% on behaviour and 10% on the physical environment.

However, at least 80% of the money allocated to health is concentrated on the first 10% of care and services.

Je tiens également à saluer chaleureusement le sénateur Cormier, qui est un allié de longue date du MACS-NB et un grand transmetteur culturel et artistique dans nos milieux.

Le levier d'intervention privilégié par notre organisation est le modèle Communautés — Écoles en santé, qui aspire à atteindre le bonheur communautaire en plaçant le citoyen et la citoyenne au cœur de toute action et de toute démarche.

Vous comprendrez que notre vision de la santé se reflète dans les aspirations de nos communautés, à savoir une vision inclusive des 12 déterminants comme ils sont reconnus par l'Agence de la santé publique du Canada, forte d'une participation citoyenne et communautaire accrue, soutenant le renforcement des capacités des communautés, riche d'influence sur les politiques publiques pour atteindre l'équité en santé, une vision mettant en lumière la vitalité communautaire et scolaire et favorisant un rapprochement toujours grandissant entre le système et la communauté.

Le MACS-NB est convaincu que la communauté acadienne et francophone du Nouveau-Brunswick dit absolument oui à l'inclusion de clauses linguistiques dans les transferts en santé; oui à la captation de la variable linguistique pour étayer les données sur la santé de notre population; oui à la reconnaissance de la langue et de la culture comme composantes indissociables des déterminants de la santé; oui à l'optique visant à façonner autrement une santé qui sera resplendissante pour le plus grand nombre, et ce, en français.

Même si le Nouveau-Brunswick est une province supposément bilingue, la population acadienne a encore de grands besoins en matière d'accès pour des services de santé en français. Les données montrent que c'est le cas même dans les régions où les francophones sont majoritaires. On peut parler ici de santé primaire, de santé mentale, de santé populationnelle et de santé en milieu rural isolé.

Il est évident que tout ne peut pas se régler uniquement à partir du système. La communauté est impatiente de s'inscrire comme partenaire à part entière pour faire partie de la solution et elle est peu désireuse d'être cantonnée au rôle passif de patient. Donnons aux communautés le pouvoir et les capacités d'offrir des solutions alternatives, comme elles le font déjà partout au pays.

Les études ont montré, comme celle du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, que les services et les soins de santé ne représentent que 10 % de la santé de la population. Comme M. Robichaud le disait, la santé repose à 40 % sur les facteurs socioéconomiques, à 40 % sur les comportements et à 10 % sur l'environnement physique.

On constate toutefois qu'au moins 80 % des sommes allouées à la santé se concentrent sur les premiers 10 % des soins et des services.

It is more imperative than ever to act on the other 90%. Let's support upstream action on the determinants of health by, for and with the communities, notably by setting aside a fund from the Public Health Agency for the promotion of the health of official language minority communities.

Let us also realize that Health Canada's programs for the health of official language communities are currently focused on supporting health systems.

It is important to create a better balance by strengthening the capacities of communities and associations so that they can adequately support the system in improving access to services and be recognized as full-fledged stakeholders.

Supporting the vitality of minority communities remains one of the cornerstones of the Action Plan for Official Languages.

It is clear today that the current methods, which focus primarily on curative care rather than expanded health services, have led us straight into a corner and into upping the ante, even though all the efforts made are highly commendable.

Do we dare to do otherwise? Will we continue to focus on treating disease, or will we dare to work towards full health for our people?

Thank you for giving us a voice and for listening to us.

The Chair: We'll now go to question period. I would remind you not to get too close to your mike when you speak so that our interpreters can hear, and especially to ensure that they are not adversely affected.

I'll give the floor to Senator Moncion.

Senator Moncion: Welcome, Mr. Robichaud, and welcome to our online witnesses.

My first question is for you, Mr. Robichaud, and it has to do with disaggregated data.

At the beginning of your statement, you said that this could give a snapshot of the health of the population, but that you didn't necessarily have a lot of information, and that the information you did have access to was not necessarily disaggregated.

Can you tell us what advantage the government might have in operating in this way, precisely by not accumulating this data, by not wanting to know and by burying its head in the sand?

Il est plus que jamais impératif d'agir dans les 90 %. Soutenons l'action en amont sur les déterminants de la santé par, pour et avec les communautés, notamment en réservant un fonds de l'Agence de la santé publique à la promotion de la santé des communautés de langue officielle en situation minoritaire.

Réalisons aussi que les programmes pour la santé des communautés de langue officielle à Santé Canada sont tournés surtout vers l'appui aux systèmes de santé actuellement.

Il est important de créer un plus juste équilibre, avec le renforcement des capacités des communautés et du milieu associatif, pour que ceux-ci soient en mesure d'accompagner adéquatement le système dans l'amélioration de l'accès aux services et d'être reconnus comme parties prenantes de plein droit.

Rappelons que l'appui à la vitalité des communautés en situation minoritaire demeure l'une des pierres angulaires du Plan d'action pour les langues officielles.

Force est de constater aujourd'hui que les méthodes actuelles, axées en priorité sur les soins curatifs plutôt que sur les services élargis de santé, nous ont conduits droit dans le mur et dans la surenchère, et ce, même si tous les efforts consentis sont fort louables.

Osera-t-on faire autrement? Allons-nous continuer de nous concentrer à soigner la maladie, ou osera-t-on travailler à l'atteinte d'une pleine santé pour notre monde?

Merci de nous avoir donné une voix et de nous avoir écoutés.

Le président : Nous allons donc maintenant passer à la période des questions. Je vous rappelle de ne pas trop vous approcher de votre micro quand vous prenez la parole pour nous assurer que nos interprètes peuvent bien entendre, et surtout pour qu'ils n'en subissent pas les contre-effets.

Je donne la parole à la sénatrice Moncion.

La sénatrice Moncion : Bienvenue, monsieur Robichaud, et bienvenue à nos témoins en ligne.

Ma première question s'adresse à vous, monsieur Robichaud, et concerne les données désagrégées.

Dès le début de votre allocution, vous avez dit que cela pourrait donner un portrait ponctuel de la santé de la population, mais que vous n'aviez pas nécessairement beaucoup d'information, et que celle à laquelle vous aviez accès n'était pas nécessairement désagrégée.

Pouvez-vous nous indiquer l'avantage que le gouvernement pourrait avoir à fonctionner d'une telle façon, justement, en ne faisant pas cette accumulation de données, en ne voulant pas savoir et en faisant l'autruche?

Mr. Robichaud: It is difficult to take this question in that sense. I would just like to reinforce one point. When you come into the health sector and you haven't been in the health sector your whole career, you find that our services are changing and you find ways of working without that disaggregated information. I don't think it's fair to put all the weight solely on the elected government. Our administrative structures have evolved with this reality over the years.

You know, when the council looked at this, it wasn't so much that there was a lack of data as that the data we had were very disconnected. There were larger centres, which have more resources, and there may be some exercises that need to be done to understand the health of the population, for example. However, some areas of the province, where the institutions are smaller and people wear many hats, don't necessarily have the resources to do that kind of work.

It's really province-wide; I would say it's not just politically, but organizationally and within the public service. In fact, I would add that one of the lessons I've learned myself along the way is that there is a public sector reality outside of health care as well. If you look at our social programs and the education system, the stakeholders have all said over the years that we have been working that they would benefit from having a better understanding or being better integrated, I should say, in the decision-making process, to better know the population that they serve.

Senator Moncion: Thank you.

This is curious, because we were studying Bill C-11 not so long ago, where we were dealing with algorithms that give a lot of information to a large number of companies that we do not know. In the health sector, it would be in our interest to have tools like these, because despite the fact that a lot of money is invested in health systems, we do not have access to all this data. We haven't yet thought about investing in this area, which is often a shame, because it has negative effects, if you will, on the services we offer now.

Given this premise, is there any work being done in this regard?

Mr. Robichaud: I would like to build on the point you just made.

I think there is potential in the use of algorithms and new technologies in the work that is being done around data. However, when you think about these companies, you have to understand that why they use this data and how they use it is specific to their reality and their needs. Here's what you can't overlook on the public side... There is a saying in English: "garbage in, garbage out." If we apply these technologies to our

M. Robichaud : C'est difficile de prendre cette question en ce sens. Je voudrais simplement renchérir sur un point. Quand on arrive dans le secteur de la santé et qu'on n'y a pas fait sa carrière, on fait le constat que nos services évoluent et on trouve des façons de travailler en l'absence de cette information désagrégée. Je ne crois pas qu'il soit juste de mettre tout le poids seulement sur le gouvernement élu. Nos structures administratives ont évolué avec cette réalité au cours des années.

Vous savez, quand le conseil s'est penché sur la question, ce n'est pas tant parce qu'il y avait une absence de données que parce que celles qu'on avait étaient très déconnectées. Il y avait des centres plus importants, qui ont plus de ressources, et il faut peut-être faire certains exercices pour comprendre la santé de la population, par exemple. Cependant, certaines régions de la province, où les institutions sont plus petites et où les gens portent plusieurs chapeaux, n'ont pas nécessairement les ressources pour faire ce genre de travail.

C'est vraiment à l'échelle provinciale; je dirais que ce n'est pas seulement sur le plan politique, mais aussi sur le plan organisationnel et au sein de la fonction publique. D'ailleurs, j'ajouterais qu'une des leçons que j'ai apprises moi-même en cours de route, c'est qu'il y a aussi une réalité du secteur public à l'extérieur de la santé. Si vous regardez nos programmes sociaux et le système d'éducation, les intervenants ont tous affirmé, au cours des années qu'ont duré nos travaux, qu'ils bénéficieraient du fait d'avoir une meilleure compréhension ou d'être mieux intégrés, devrais-je dire, dans le processus décisionnel, pour mieux connaître la population qu'ils servent.

La sénatrice Moncion : Je vous remercie.

C'est curieux, parce qu'on étudiait le projet de loi C-11 il n'y a pas si longtemps, où l'on traitait des algorithmes qui donnent beaucoup d'information à un grand nombre d'entreprises qu'on ne connaît pas. Dans le secteur de la santé, on aurait intérêt à avoir des outils comme ceux-là, car malgré le fait qu'il y a beaucoup d'argent investi dans les systèmes de santé, on n'a pas accès à toutes ces données. On n'a pas encore pensé à investir de ce côté, ce qui est souvent dommage, parce que cela a des effets négatifs, si l'on veut, sur les services que l'on offre maintenant.

Étant donné cette prémisse, est-ce qu'il y a du travail qui se fait en ce sens?

M. Robichaud : J'aimerais construire un peu sur le point que vous venez de mentionner.

Je pense qu'il y a un potentiel dans l'usage d'algorithmes et de nouvelles technologies dans le travail qui se fait autour des données. Par contre, quand vous pensez à ces compagnies, il faut comprendre que la raison pour laquelle elles utilisent ces données et la façon dont elles les utilisent est spécifique à leur réalité et à leurs besoins. Ici, ce qu'il ne faut pas négliger du côté public... Il y a un dicton en anglais qui dit « garbage in, garbage

data, when the quality of the data itself is not necessarily what it should be —

There are two things I would bring to your attention. One is the importance of having geographically aggregated information. It's true that the postal code is an important element when you look at the results. In fact, at the council, we realized that the provincial averages represent the reality of very few people, because there are many variables.

There is a second element, to build on the quality element. What is unique to the health sector is resources. We are very ill-equipped to understand our resources, the human resources, the physicians, the family physicians, for example, and the practice profiles. We don't know how many we have or how their time is being used.

I'll close with another example that struck me personally, given the nature of the work I do. At the beginning of the pandemic, when there were speeches about ventilators, I listened to the responses, but no one responded in our health systems, because we don't know our resources well; basically, that's the response. We couldn't answer clearly, because we don't keep track of our resources well; that's one example. There is data on resources, but that's one of the things that the council, when you look into it, always has to spend several months validating, because you can't rely on the data that you have at first glance.

Going back to algorithms, if you just put that kind of information into tools like that, the quality will be affected by the fact that the data itself needs to be improved. It's a chicken and egg situation: having spent decades working with this kind of data without doing it properly gives you the quality that you have. Conversely, if you put more effort into using the data better, the quality will improve over time.

Senator Mégie: Thank you to the witnesses for being here to share their experiences with us. My question is for Dr. Desrosiers.

I wanted to talk about research with you. When researchers apply to granting agencies, are there clauses in the forms that require publications to be produced in English or is the researcher free to choose?

Dr. Desrosiers: I think it would be worthwhile to validate this with researchers, but to my knowledge, it is not a requirement. They have the option of doing research in French or in English.

out ». Si on applique ces technologies à nos données, quand la qualité des données comme telle n'est pas nécessairement ce qu'elle devrait être...

Il y a deux éléments que je porterais à votre attention. On a appris l'importance, d'une part, d'avoir de l'information géographiquement agrégée. C'est vrai que le code postal est un élément important quand on regarde les résultats. En fait, au conseil, on s'est aperçu que les moyennes provinciales représentent la réalité de très peu de gens, parce qu'il y a beaucoup de variables.

Il y a un deuxième élément, pour renchéir sur l'élément de qualité. Ce qui est particulier au secteur de la santé, ce sont les ressources. On est très mal équipé pour comprendre nos ressources, les ressources humaines, les médecins, les médecins de famille, par exemple, et les profils de pratique. On ne sait pas combien on en a ni de quelle façon leur temps est utilisé.

Je termine en vous donnant un autre exemple qui m'a personnellement frappé, étant donné la nature du travail que je fais. Au début de la pandémie, quand on tenait des discours au sujet des respirateurs, j'écoutais les réponses, mais personne n'a répondu dans nos systèmes de santé, car on ne capte pas bien nos ressources; fondamentalement, c'est la réponse. On ne pouvait pas répondre clairement, parce qu'on ne capte pas bien nos ressources; voilà un exemple. Il y a quand même des données sur les ressources, mais c'est un des éléments sur lequel le conseil, quand on s'y penche, doit toujours passer plusieurs mois à valider les données, parce qu'on ne peut pas se fier à première vue aux données qu'on a.

Pour en revenir aux algorithmes, si on met simplement ce genre d'information dans des outils comme ceux-là, la qualité sera affectée par le fait que les données elles-mêmes doivent être améliorées. C'est l'œuf et la poule : le fait d'avoir passé des décennies à travailler sans le faire adéquatement avec ce genre de données donne la qualité que l'on a. À l'inverse, si on accentue les efforts en vue de mieux utiliser les données, la qualité s'améliorera avec le temps.

La sénatrice Mégie : Merci aux témoins d'être ici pour partager leurs expériences avec nous. Ma question s'adresse à la Dre Desrosiers.

Je voulais parler de recherche avec vous. Quand les chercheurs font leurs demandes aux organismes subventionnaires, est-ce qu'il y a, dans les formulaires, des clauses qui exigent que les publications soient produites en anglais ou si c'est un libre choix pour le chercheur?

Dre Desrosiers : Je pense que cela vaudrait la peine de valider la question avec des chercheurs, mais à ma connaissance, ce n'est pas une exigence. Ils ont l'option de faire des recherches en français ou en anglais.

Senator Mégie: Why do they deny them grants? If they apply in French and the granting agencies suspect that the publication will be in French, do they refuse?

Dr. Desrosiers: I don't want to speak for other research partners, but we can see that fewer grant applications are accepted when they are submitted in French. We can imply or we can hypothesize that this is one of the reasons, but we would have to validate this hypothesis with the granting agencies.

Senator Mégie: Thank you. I have a question for the other members of the panel, if you could answer it.

One of the witnesses last week mentioned that noting the person's language on their health insurance card would be a good start, or one of the avenues that would ensure that they are offered services in French.

What are your thoughts on this?

Ms. Losier: Thank you for the question, senator.

I would say that the Mouvement de la santé en français au Canada is very interested.

It has already had the experience, notably with Prince Edward Island, of including the language variable on the health insurance card.

Other provinces and territories are working on this. There are discussions with New Brunswick, but is the health card the only option? There are files that were created just recently, during the COVID-19 crisis in New Brunswick. There is now a file called MyHealthNB; it could be a possible solution. Many partners are on committees working on including the language variable in population health identification systems to make this happen.

There is work that was done in Prince Edward Island and I believe there is research in Manitoba as well, but I can't speak for the other provinces. I know it has been done in Prince Edward Island. In fact, in New Brunswick, the New Brunswick Health Council, the Vitalité Health Network and our organization are all working within the committee created by the Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick (SSMEFNB) to achieve this goal one day.

Senator Mégie: If this was done in Prince Edward Island, there must have been an impact study? Did the fact that it was done make a difference?

La sénatrice Mégie : Pourquoi est-ce qu'ils leur refusent des subventions? Est-ce que s'ils font leur demande en français et qu'on soupçonne que la publication sera faite en français, ils refusent?

Dre Desrosiers : Je ne voudrais pas parler pour d'autres partenaires en recherche, mais on peut constater qu'il y a moins de demandes de subventions qui sont acceptées lorsqu'elles sont déposées en français. On peut laisser sous-entendre ou on peut lancer l'hypothèse selon laquelle c'est l'une des raisons, mais il faudrait valider cette hypothèse avec les organismes subventionnaires.

La sénatrice Mégie : Merci. J'ai une question pour les autres membres du groupe de témoins, si vous pouviez y répondre.

Un des témoins de la semaine dernière a mentionné que le fait de noter la langue de la personne sur sa carte d'assurance-maladie serait une bonne avenue, ou l'une des avenues qui assureraient qu'on lui offre des services en français.

Quelle est votre pensée à ce sujet?

Mme Losier : Merci pour la question, madame la sénatrice.

À cela, je dirais que le Mouvement de la santé en français au Canada est très intéressé.

Celui-ci a déjà vécu l'expérience, notamment avec l'Île-du-Prince-Édouard, d'inclure la variable de la langue sur la carte d'assurance-maladie.

Il y a d'autres provinces et territoires qui y travaillent. Il y a notamment des discussions avec le Nouveau-Brunswick, mais est-ce que la carte d'assurance-maladie est la seule option? Il y a des dossiers qui ont été créés tout récemment, pendant la crise de la COVID-19 au Nouveau-Brunswick. Il y a maintenant un dossier qui s'appelle MaSantéNB; ce pourrait être une piste de solution. Beaucoup de partenaires font partie de comités qui travaillent sur l'inclusion de la variable linguistique dans les systèmes d'identification de la population en matière de santé pour que cela se produise.

Des travaux ont réussi à l'Île-du-Prince-Édouard et je crois qu'il y a aussi des recherches en ce sens au Manitoba, mais je ne peux pas parler pour les autres provinces. Je sais que cela s'est fait à l'Île-du-Prince-Édouard. D'ailleurs, au Nouveau-Brunswick, le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, le Réseau de santé Vitalité et notre organisme travaillent tous les trois au sein du comité créé par la Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick (SSMEFNB) pour atteindre cet objectif un jour.

La sénatrice Mégie : Si cela s'est fait à l'Île-du-Prince-Édouard, il a dû y avoir une étude d'impact? Le fait de l'avoir fait, est-ce que cela a changé quelque chose?

Ms. Losier: I would say yes, absolutely, it changed things. Today, the Acadian and francophone community has access to data and the Government of Prince Edward Island and Health PEI have access to real data on the needs and on the use of health services in French by francophones and francophiles in Prince Edward Island. Of course, you would need to ask the people of Prince Edward Island. I am aware of this because it has been studied and researched nationally to support the process in other provinces and territories. We could ask the people at the Réseau Santé en français Î.-P.-É., and they could tell us a lot more.

Senator Mégie: Perfect, thank you very much.

Senator Clement: Good evening, and thank you to all the witnesses. My first question is for Mr. Robichaud and Dr. Desrosiers, and it has to do with the issue of data collection. What interests me is the intersectionality between language and belonging to a minority group, for example. You've done disaggregated surveys, I believe. Did you capture that intersectionality? If so, how did you assess its impact?

Mr. Robichaud: If you take a look at the council's website, you'll see, when you search the data — it's important to note here that these are our own surveys, so we control the questions we ask, which then allows us to disaggregate it. Newcomers and Indigenous people, anglophones and francophones: These are examples where we were able to disaggregate the data. People who identify as non-binary, for example, in our schools — that allowed us to better assess the big difference in anxiety, depression, and feelings of being overwhelmed, and it allowed us to have a better grasp of the reality. Now the challenge is to be able to do that on the administrative side as well.

What I would add in relation to the previous question is that the skill allows you to do a cross-check; if you look at people who have diabetes, for example, and you want to assess how well they are controlling it — we can look at areas like Saint John and see if being a member of a minority group gives us equitable results with the rest of the population. Using this identifier, we could do that.

Currently, hospitals ask what language clients prefer. As a province, we need to have a more standardized approach to data collection and how to do analyses like the ones I just mentioned to assess whether being in a double minority, as a francophone in Saint John, affects our health. I would even add that in New Brunswick, there are also anglophone minority groups in francophone areas, and that is also included in our data.

Mme Losier : Je dirais que oui, absolument, cela a changé des choses. Aujourd'hui, la communauté acadienne et francophone a accès à des données et le gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard et Santé Î.-P.-É. ont accès à des données réelles sur les besoins et sur l'utilisation des services de santé en français par les francophones et les francophiles de l'Île-du-Prince-Édouard. Il est évident qu'il faudrait s'en informer auprès des gens de l'Île-du-Prince-Édouard. Je suis au courant, parce que ce cas a fait l'objet d'études et de recherches à l'échelle nationale pour soutenir la démarche dans les autres provinces et les territoires. On pourrait interroger les gens du Réseau Santé en français Î.-P.-É., qui pourraient nous en dire beaucoup plus.

La sénatrice Mégie : Parfait, merci beaucoup.

La sénatrice Clement : Bonsoir et merci à tous les témoins. Ma première question s'adresse à M. Robichaud et à la Dre Desrosiers et concerne la question de la collecte des données. Ce qui m'intéresse, c'est l'intersectionnalité entre la langue et le fait d'être issu de la diversité, par exemple. Vous avez fait des sondages désagrégés, je crois. Est-ce que vous avez capté cette intersectionnalité? Dans l'affirmative, comment en avez-vous évalué l'impact?

M. Robichaud : Si vous jetez un coup d'œil au site Web du conseil, vous verrez, quand vous ferez une recherche dans les données... Il est important de souligner ici qu'il s'agit de nos propres sondages, donc nous contrôlons les questions que nous posons, ce qui nous permet par la suite de désagréger le tout. Les nouveaux arrivants et les personnes autochtones, anglophones et francophones : voilà des exemples où l'on a pu désagréger les données. Les personnes qui s'identifient comme non binaires, par exemple, dans nos écoles... Cela nous a permis de mieux évaluer la grande différence en ce qui concerne l'anxiété, la dépression et le sentiment de taxage et cela a permis d'être mieux en mesure de comprendre la réalité. Maintenant, le défi est de pouvoir le faire aussi du côté administratif.

Ce que j'ajouterais en lien avec la question précédente, c'est que l'habileté permet de faire un croisement, si l'on regarde les gens qui souffrent de diabète, par exemple, et si l'on veut évaluer si on arrive à bien le contrôler... On peut regarder dans des régions comme à Saint-Jean si le fait d'être membre d'un groupe minoritaire nous permet d'obtenir des résultats équitables avec le reste de la population. En utilisant cet identifiant, on pourrait le faire.

Actuellement, les hôpitaux demandent quelle langue les clients préfèrent. Comme province, il faut avoir une approche plus standardisée sur la collecte de données et la façon de faire des analyses comme celles que je viens de mentionner pour évaluer si le fait d'être doublement minoritaire, comme francophone à Saint-Jean, affecte notre santé. J'ajouterais même qu'au Nouveau-Brunswick, il y a aussi des groupes minoritaires anglophones dans des régions francophones, et cela figure aussi dans nos données.

Senator Clement: How can we standardize all this? What is the solution?

Mr. Robichaud: We had a project a few years ago in connection with the work we are doing on the Indigenous population. In discussions with the department, we came to the conclusion that it is not necessarily a question of being simply anglophone or francophone, but that the health system must be able to better identify the sub-populations. The discussion evolved. Yes, mother tongue is a factor; also, for newcomers, it would be relevant to better capture this, especially with recent demographic trends. To that we can add the Indigenous population where there are higher rates of morbidity — like chronic disease, for example — than in the general population.

These are all things that could allow us to do better analyses, but it's a matter of finding a consistent way to do it.

Right now, some hospitals ask this question all the time, but not necessarily all of them. Once we figure it out, we need to have a collaborative approach with all stakeholders to make sure that all interactions with the system are used to validate it. I'm not familiar with the P.E.I. example; confirmation occurs when the card is registered.

There are different ways of doing things. We are continuing our discussions with the department. I think we are very close to getting there, but it will take a sustained focus to find a solution.

Dr. Desrosiers: We can't rely on our past or our present with respect to this data, because we are quite archaic in our approach. There is no data available for the subpopulations that we have access to that we can pull enough information from to act on. The vision with the new health plan is to have a connected system — and I echo Mr. Robichaud's words — where the different partners, the board, the ministries, the health authorities and the private partners work together to share data and to properly organize data governance, which will allow us to be more consistent and have more reliable data to make informed decisions in the future.

Senator Dalphond: I would ask Dr. Desrosiers for a copy of Dr. Prud'homme's report. You referred to a study and some results. Could you send it to the clerk of the committee?

Dr. Desrosiers: Absolutely.

La sénatrice Clement : Comment peut-on standardiser tout cela? Quelle est la solution?

M. Robichaud : On a eu un projet il y a quelques années en lien avec les travaux que l'on fait sur la population autochtone. Dans les discussions avec le ministère, on en est arrivé à dire que ce n'est pas nécessairement une question d'être simplement anglophone ou francophone, mais que le système de santé doit être en mesure de mieux identifier les sous-populations. La discussion a évolué : oui, la langue maternelle est un facteur; de plus, pour les nouveaux arrivants, il serait pertinent de mieux capter cela, surtout avec des tendances démographiques récentes. À cela, on peut ajouter la population autochtone où il y a des taux de morbidité — comme pour les maladies chroniques, par exemple — plus élevés qu'au sein de la population en général.

Ces éléments pourraient tous nous permettre de faire de meilleures analyses, mais il s'agit de trouver une façon constante de le faire.

À l'heure actuelle, certains hôpitaux posent la question tout le temps, mais peut-être pas tout le temps. Une fois qu'on aura trouvé la solution, il faudra avoir une approche concertée avec tous les intervenants pour s'assurer que toutes les interactions avec le système sont utilisées pour valider le tout. Je ne connais pas très bien l'exemple de l'Île-du-Prince-Édouard; c'est sur le plan de l'enregistrement de la carte qu'on le confirme.

Il y a différentes façons de faire. Chez nous, on continue les discussions avec le ministère. Je crois qu'on est très près d'y arriver, mais il faudra un objectif soutenu pour trouver une solution.

Dre Desrosiers : On ne peut pas se fier à notre passé ou à notre présent par rapport à ces données, parce qu'on est assez archaïque dans notre approche. Il n'y a pas de données disponibles pour les sous-populations auxquelles nous avons accès et dont on peut retirer suffisamment d'information pour agir. La vision avec le nouveau plan de santé est d'avoir un système connecté — et je reprends les paroles de M. Robichaud —, où les différents partenaires, le conseil, les ministères, les régies de santé et les partenaires privés travaillent ensemble pour partager des données et bien organiser la gouverne des données, ce qui nous permettra d'être plus constants et d'avoir des données plus fiables pour prendre des décisions éclairées à l'avenir.

Le sénateur Dalphond : Je demanderais à la Dre Desrosiers une copie du rapport du Dr Prud'homme. Vous avez fait référence à une étude et à certains résultats. Pourriez-vous l'envoyer au greffier du comité?

Dre Desrosiers : Absolument.

Senator Dalphond: Mr. Robichaud, Ms. Losier referred to 12 determinants identified by Health Canada and you referred to determinants based on the Wisconsin system. Are these determinants the same?

Mr. Robichaud: It's coming together. When the council began its work, we found around the table people who had experience as health professionals, health managers, people who work in the education, public policy and community sectors.

In fact, Ms. Losier was a founding member of the Health Council.

The model they were looking for was a way to organize indicators — hence the Wisconsin model. In the system, Health Canada determinants were used. We looked around the world. There was consistency — at least in the industrialized countries — on the concept of determinants. But it was in Wisconsin that we found a tool that allowed us to organize indicators to paint a picture with examples of measures that would be used as socio-economic factors: health behaviours, environmental factors and health services.

Senator Dalphond: For New Brunswick, there is an additional factor, which is the fact that there is a bilingual population, which is not the case in Wisconsin.

Mr. Robichaud: The language of services is captured in all our surveys. If it can be identified on the administrative side as well; the model does not need to change. In fact, this would answer the question: Are our francophones less healthy than our anglophones? I would say to you that we often have francophone communities that are healthier and have better results.

We cannot attribute this to specific things, but as a provincial organization, I can tell you that, in the activities of the group to which Ms. Losier belongs, we — as an organization that deals with the English and French communities — have taken note that the organization is different on the French and English sides. Ms. Losier's group ensures a certain mobilization and sharing of experience and knowledge that is not seen in the same way on the anglophone side.

Senator Dalphond: My next question is for Dr. Desrosiers. We realize that data on certain individual characteristics, such as language, are not always collected in the same way.

When a patient comes to Vitalité Health Network, are they asked in which language they prefer to be served? If they answer that they don't care, we don't know if they are French- or English-speaking. How do you structure the data collection? I

Le sénateur Dalphond : Monsieur Robichaud, Mme Losier a fait référence à 12 déterminants identifiés par Santé Canada et vous avez fait référence à des déterminants basés sur le système du Wisconsin. Ces déterminants sont-ils les mêmes?

M. Robichaud : Cela se regroupe. Lorsque le conseil a commencé son travail, nous retrouvions justement autour de la table des gens qui ont de l'expérience comme professionnels de la santé, des gestionnaires de la santé, des gens qui travaillent dans les secteurs de l'enseignement, de la politique publique et du communautaire.

D'ailleurs, Mme Losier était membre fondatrice du conseil de la santé.

Le modèle recherché était une façon d'organiser des indicateurs — de là le modèle du Wisconsin. Dans le système, on nous parlait des déterminants de Santé Canada. On a regardé partout sur la planète. Il y avait une constance — du moins, dans les pays industrialisés — sur le concept des déterminants, mais c'est au Wisconsin qu'on a trouvé un outil qui nous permettait d'organiser des indicateurs pour dresser un portrait avec des exemples de mesures qui serviraient comme facteurs socioéconomiques, comportements de santé, facteurs environnementaux et services de santé.

Le sénateur Dalphond : Pour le Nouveau-Brunswick, il y a quand même un facteur additionnel, soit le fait qu'il y a une population bilingue, ce qui n'est pas le cas du Wisconsin.

M. Robichaud : La langue des services est captée dans tous nos sondages. Si on peut l'identifier aussi du côté administratif, le modèle n'a pas besoin de changer. D'ailleurs, cela répondrait à cette question : nos francophones sont-ils en moins bonne santé que nos anglophones? Je vous dirais, à cet effet, que souvent, nous avons des communautés francophones qui sont en meilleure santé et qui ont de meilleurs résultats.

On ne peut pas attribuer cela à des choses spécifiques, mais comme organisation provinciale, je peux vous dire que, dans les activités du groupe dont fait partie Mme Losier, nous — comme organisation qui fait affaire avec les communautés anglophones et francophones — avons pris note que l'organisation est différente du côté francophone par rapport au côté anglophone. Le groupe de Mme Losier assure une certaine mobilisation et un partage d'expérience et de connaissances que l'on ne voit pas de la même façon du côté anglophone.

Le sénateur Dalphond : Ma prochaine question s'adresse à la Dre Desrosiers. On s'aperçoit que les données sur certaines caractéristiques individuelles, notamment la langue, ne sont pas toujours recueillies de la même façon, finalement.

Lorsqu'un patient se présente dans le Réseau de santé Vitalité, est-ce qu'on lui demande dans quelle langue il préfère être servi? S'il répond qu'il est indifférent, on ne sait pas si la personne est francophone ou anglophone. Comment structurez-vous la

understand, for example, that there is no health insurance card that indicates language preference for services.

Dr. Desrosiers: The active offer is made up front when health care staff introduce themselves to the patient and ask if they prefer to be served in French or English. All of our guidelines are aligned with that. When we look at our largest hospital in Moncton, 50% of the clientele is English-speaking and 50% of the clientele is French-speaking. People are fairly accustomed to finding someone who speaks the patient's preferred language, if the health care employee or professional is not able to respond in the patient's preferred language.

Senator Dalphond: Do you write a note in their file? Do you write it at the beginning, in French or in English?

Dr. Desrosiers: At admission.

Senator Dalphond: Afterwards, if that person undergoes an operation, they are not asked what language they want to hear if they are in a coma. We know that they want services in French, for example.

Dr. Desrosiers: Yes. As soon as the patient is registered, regardless of the service, all patients register, whether it's for the emergency room, selective services or outpatient services. That is part of the basic questions that patients are asked.

Senator Dalphond: Thank you.

Senator Mockler: I would be remiss if I did not apologize to you, honourable senators. I just learned that driving a car in the Montreal area is not like driving in Edmundston.

I want to address each one of you. All three of you play an important role in providing and improving health care in our region. I want to congratulate you for that.

I would like to formally acknowledge that this is the first time I have met Dr. Desrosiers, who has a very good reputation. I want to congratulate you on your leadership and dedication to improving the quality of health for the people of Acadia, the people of Brayons and the francophones of New Brunswick.

My questions relate to recruitment and accreditation.

Dr. Desrosiers, what are your strategies for recruiting personnel, particularly from francophone countries? Do you coordinate your own strategies or do you join forces with other boards or levels of government?

Dr. Desrosiers: Thank you for the question.

collecte de données? Je comprends, par exemple, qu'il n'y a pas de carte d'assurance-maladie qui indique la préférence linguistique pour les services.

Dre Desrosiers : L'offre active se fait d'emblée quand le personnel de la santé se présente au patient et demande s'il préfère être servi en français ou en anglais. Toutes nos directives s'alignent en ce sens. Quand nous pensons à notre plus grand centre hospitalier, à Moncton, 50 % de la clientèle est anglophone et 50 % de la clientèle est francophone. Les gens sont relativement habitués à aller chercher quelqu'un qui s'exprime dans la langue préférée du patient, si jamais l'employé ou le professionnel de la santé n'est pas en mesure de répondre dans la langue choisie par le patient.

Le sénateur Dalphond : Est-ce qu'on inscrit une note dans son dossier? On l'écrit dès le début, en français ou en anglais?

Dre Desrosiers : À l'admission.

Le sénateur Dalphond : Par la suite, si cette personne subit une opération, on ne lui demande pas dans quelle langue elle veut être servie si elle est dans le coma. On sait qu'elle veut des services en français, par exemple.

Dre Desrosiers : Effectivement. Dès l'enregistrement du patient, quel que soit le service, tous les patients s'enregistrent, que ce soit pour l'urgence, des services sélectifs ou des services externes. Cela fait partie des questions de base que l'on pose aux patients.

Le sénateur Dalphond : Merci.

Le sénateur Mockler : Je m'en voudrais de ne pas m'excuser auprès de vous, honorables sénatrices et sénateurs. Je viens d'apprendre que conduire une voiture dans la région de Montréal, ce n'est pas comme conduire à Edmundston.

Je veux m'adresser à chacun de vous. Vous jouez tous les trois un rôle important pour dispenser et améliorer les soins de santé dans notre région. Je veux vous en féliciter.

J'aimerais reconnaître officiellement que c'est la première fois que je rencontre la Dre Desrosiers, qui a une très grande réputation. Je veux vous féliciter de votre leadership et de votre dévouement pour améliorer la qualité de la santé des gens, que ce soit le peuple de l'Acadie, les Brayons ou les francophones du Nouveau-Brunswick.

Mes questions touchent le recrutement et l'accréditation.

Docteure Desrosiers, quelles sont vos stratégies de recrutement du personnel, notamment au sein des pays de la Francophonie? Coordonnez-vous vos propres stratégies ou vous joignez-vous à d'autres régies ou ordres de gouvernement?

Dre Desrosiers : Merci pour la question.

We are still taking our first steps in international recruitment for Vitalité Health Network. Over the past year, we have been on five or six missions to countries in the Francophonie to do recruitment. To date, we have always been accompanied by partners who have already made their mark in international recruitment.

Among our most important partners, Opportunities New Brunswick has been very supportive. I would also note that the Université de Moncton is our second most important partner in our international recruitment initiatives.

Senator Mockler: What steps have you taken to recognize the credentials of individuals recruited from abroad? When I was in government in New Brunswick, it was always an international discussion. So for foreign credentials, what barriers does the federal government need to remove to facilitate recruitment and address the health workforce shortage?

Dr. Desrosiers: The answer is different depending on the type of health professional you want to discuss. If you're talking about the nursing side or the nursing profession, it's much more of an influencing power that we've used over the last year to make sure that the Nurses Association of New Brunswick, or NANB, moves forward to recognize foreign certification more quickly.

We immediately hired qualified newcomers who were registered nurses in their home countries. We hired them as orderlies, while lobbying within the provincial nursing association to speed up the recognition of prior learning. It's a collaborative effort with that partner. Frankly, it's working — for the first time in a long time — with NANB.

For physicians, it's a little different. New Brunswick was one of the only provinces that didn't have a program in place to assess the competencies of incoming physicians. We are building an approach with the College of Physicians and Surgeons of New Brunswick. Vitalité Health Network has been a pioneer in this area in recent years. We have participated in Canadian round tables to try to influence our province in this direction. This is bearing fruit: The program is under construction with the College of Physicians and Surgeons of New Brunswick.

Senator Mockler: I have one last question, Dr. Desrosiers: The FCFA recommends that the federal government recruit 12% of francophone immigrants outside Quebec by 2024. The figure we are given is 50,000 people who speak French. Do you believe

Nous faisons quand même nos premiers pas en matière de recrutement à l'international pour le Réseau de santé Vitalité. Au cours de la dernière année, nous en sommes à cinq ou six missions dans des pays de la Francophonie pour faire du recrutement. Nous sommes toujours accompagnés, jusqu'à présent, de partenaires qui ont déjà fait leur chemin en matière de recrutement à l'international.

Parmi nos partenaires les plus importants, Opportunités Nouveau-Brunswick nous a énormément appuyés. Je souligne également que l'Université de Moncton est notre deuxième partenaire dans nos initiatives de recrutement à l'international.

Le sénateur Mockler : Quelles mesures avez-vous prises pour reconnaître les titres et les diplômes de personnes recrutées à l'étranger? Lorsque j'étais au gouvernement du Nouveau-Brunswick, cela a toujours été une discussion internationale. Donc, pour les titres et les diplômes de personnes recrutées à l'étranger, quelles barrières le gouvernement fédéral doit-il lever pour faciliter le recrutement et régler la pénurie de main-d'œuvre dans le secteur de la santé?

Dre Desrosiers : La réponse est différente selon le type de professionnel de la santé dont on voudrait discuter. Si on parle de la partie des soins infirmiers ou de la profession infirmière, c'est beaucoup plus un pouvoir d'influence dont on a usé au cours de la dernière année pour s'assurer que l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick (AIINB) progresse en vue de reconnaître plus rapidement la certification à l'étranger.

Nous avons tout de suite embauché de nouveaux arrivants qualifiés comme infirmiers ou infirmières immatriculés dans leur pays. Nous les avons embauchés à titre de préposés aux soins, tout en faisant pression au sein de l'association infirmière de la province pour accélérer la reconnaissance des acquis. C'est un travail de collaboration avec ce partenaire. Honnêtement, cela donne des résultats — pour la première fois depuis longtemps — avec l'AIINB.

Pour les médecins, c'est un peu différent. Le Nouveau-Brunswick était l'une des seules provinces qui n'avaient pas de programme en place pour évaluer les compétences à l'arrivée d'un médecin étranger. Nous en sommes à construire une approche avec le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick. Le Réseau de santé Vitalité a été un pionnier dans ce dossier au cours des dernières années. On a participé à des tables de concertation canadiennes pour essayer d'influencer notre province dans cette direction. Cela porte ses fruits : le programme est en construction avec le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick.

Le sénateur Mockler : J'ai une dernière question, docteur Desrosiers : la FCFA recommande que le gouvernement fédéral recrute 12 % d'immigrants francophones à l'extérieur du Québec dès 2024. Le chiffre que l'on nous donne est de

that such targets would address the labour force challenges to ensure better quality health care in New Brunswick and Canada?

Dr. Desrosiers: I think that is definitely part of the solution. The solution is multifactorial. We need to talk about retention as well as recruitment. We need international recruitment. If you look at the demographic trends in our province, that won't be enough. We need to think about different approaches.

Senator Mockler: Thank you.

The Chair: Before we go to the second round, I will ask some questions myself.

Ms. Losier, I must acknowledge, for the benefit of my colleagues, that I had the opportunity to work with you for many years before I came to the Senate. I want to say that before I ask you my questions.

You have made an important case for the recognition of community organizations in maintaining the health of citizens. How could the federal government better support your communities and community organizations? We know that the federal government has agreements with the provinces. We wonder if these agreements should include language clauses and if such clauses would allow you to obtain more funding. Can you give us a picture of what the federal government could do to better support you and your partner organizations in your work?

Ms. Losier: I would say that I suggested the first thing in our presentation. We suggested a program specifically for the promotion of the health of official language minority communities in Canada. A proposal has been made to the Minister of Health of Canada to that effect.

This is an ongoing discussion, but the biggest challenge is that health investments in Canada, at the provincial and territorial levels, are often focused on the treatment of illnesses, the purchase of state-of-the-art resources and equipment and the people who accompany our patients. This is very important. We don't deny that, but there are very few programs that are specifically dedicated to working upstream on other health factors, which would ensure that people don't all end up in the hospital. It would also prevent some of the heavy lifting in the health care system. There needs to be a greater investment in health promotion, disease prevention and community capacity building. Health promotion is something that the community can take to another level. Citizen mobilization is about supporting communities.

50 000 personnes qui parlent français. Croyez-vous que de telles cibles permettraient de répondre aux défis liés à la main-d'œuvre pour assurer une meilleure qualité des soins de santé au Nouveau-Brunswick et au Canada?

Dre Desrosiers : Je crois que cela fait assurément partie de la solution. La solution est multifactorielle. Il faut parler autant de rétention que de recrutement. Il faut du recrutement à l'international. Si on regarde les tendances démographiques dans notre province, cela ne sera pas suffisant. Il faut penser à différentes approches.

Le sénateur Mockler : Merci.

Le président : Avant de passer au deuxième tour, je vais poser des questions moi aussi.

Madame Losier, je dois reconnaître, au profit de mes collègues, que j'ai eu l'occasion de collaborer avec vous pendant de longues années avant de siéger au Sénat. Je veux déclarer cela avant de vous poser mes questions.

Vous avez fait un plaidoyer important sur la question de la reconnaissance des organismes communautaires dans le maintien de la santé des citoyens et des citoyennes. De quelle manière le gouvernement fédéral pourrait-il mieux soutenir vos communautés et vos organisations communautaires? Nous savons que le gouvernement fédéral a des ententes avec les provinces. On se demande si ces ententes devraient inclure des clauses linguistiques et si de telles clauses vous permettraient d'obtenir davantage de financement. Pouvez-vous nous brosser un portrait de ce que le gouvernement fédéral pourrait faire pour mieux vous soutenir dans votre travail et celui de vos organismes partenaires?

Mme Losier : Je dirais que la première chose, je l'ai suggérée dans notre présentation. Nous avons suggéré un programme spécifiquement à la promotion de la santé des communautés de langue officielle en situation minoritaire au Canada. Une proposition a été faite en ce sens auprès du ministre de la Santé du Canada.

C'est une discussion qui est en cours, mais le plus gros défi, c'est que les investissements en santé au Canada, aux échelons provincial et territorial, sont souvent axés sur le soin des maladies, l'achat de ressources et d'équipement à la fine pointe de la technologie et les gens qui accompagnent nos malades. C'est très important. Nous ne le nions pas, mais il y a très peu de programmes qui sont spécifiquement consacrés au travail en amont sur les autres facteurs de la santé, ce qui assurerait que les gens ne se retrouvent pas tous à l'hôpital. Cela permettrait aussi d'éviter une certaine lourdeur dans le système de soins de santé. Il faut faire un plus grand investissement en matière de promotion de la santé, de prévention de la maladie et de renforcement des capacités des communautés. La promotion de la santé, c'est la communauté qui peut l'élever à un autre niveau. La mobilisation citoyenne passe par l'appui aux communautés.

Language clauses attached to health transfers are fine, but until there is a program — there was a fantastic program — and I congratulate Senator Mockler, who was the Minister of Wellness for the New Brunswick government. The Department of Wellness no longer exists or has been split into other departments.

The reality is that systems of government and priorities are changing. Public Health New Brunswick has just been launched and will have a responsibility for wellness and the well-being of citizens.

I would say that there needs to be more investment upstream to support communities and associations. This will encourage people to take better care of themselves and avoid clogging our emergency rooms. We need to have a choice.

The Chair: Thank you.

We know that culture is considered a determinant of health. Language in itself is not a determinant of health. Several witnesses said that language should perhaps be included as a determinant of health. What are your thoughts on this?

If language were integrated, what kind of impact would that have on the federal government's accountability to the communities you serve?

Ms. Losier: Language is inextricably linked to people's culture and cultural identity. However, language is indeed not recognized as one of the 12 determinants of health. It has been included in culture. Excuse me, but I may be showing community sensitivity by saying that it is more beneficial to drown language in culture than to make it a determinant in itself.

If the Government of Canada and the Public Health Agency of Canada were to recognize language as a determinant of health, this could be a major step forward for official language minority communities in Canada.

At the moment, language is considered to be inextricably linked to the cultural determinant, and it is named in all the work that is being done.

The Chair: Thank you, Ms. Losier.

My question now is for Dr. Desrosiers.

You talked about the decision of the Government of New Brunswick to create two new boards of directors within Horizon Health Network and Vitalité Health Network. If I understand correctly, there is also a collaborative council that is being created for the two networks to talk to each other, according to the news that was announced.

Les clauses linguistiques rattachées aux transferts en santé, c'est très bien, mais tant qu'il n'y aura pas de programme... Il y avait un programme fantastique — et je salue le sénateur Mockler, qui a été ministre responsable du Mieux-être pour le gouvernement du Nouveau-Brunswick. Le ministère du Mieux-être n'existe plus aujourd'hui, ou il a été scindé dans d'autres ministères.

La réalité fait que les systèmes de gouvernement et les priorités changent. On vient de lancer Santé publique Nouveau-Brunswick, qui aura une responsabilité en matière de mieux-être et de bien-être des citoyens.

Je dirais qu'il faut plus d'investissements en amont pour appuyer les communautés et les milieux associatifs. Cela permettra d'encourager les gens à mieux se prendre en charge et à éviter d'engorger nos urgences. Il faut avoir un choix.

Le président : Merci.

On sait que la culture est considérée comme un déterminant de la santé. La langue n'est pas, en soi, un déterminant de la santé. Plusieurs témoins disent que la langue devrait peut-être être intégrée comme déterminant de la santé. Qu'en pensez-vous?

Si la langue était intégrée, quel type de répercussions cela pourrait-il avoir sur la responsabilité du gouvernement fédéral vis-à-vis des communautés que vous servez?

Mme Losier : La langue est indissociable de la culture et de l'identité culturelle des gens. Toutefois, la langue n'est effectivement pas reconnue comme l'un des 12 déterminants de la santé. On l'a incluse dans la culture. Veuillez m'excuser, mais je vais peut-être montrer une sensibilité communautaire en vous disant que c'est plus avantageux de noyer la langue dans la culture que d'en faire un déterminant en soi.

Si le gouvernement du Canada et l'Agence de la santé publique du Canada reconnaissaient la langue comme un déterminant de la santé, cela pourrait représenter une avancée majeure pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire au Canada.

Pour le moment, on considère que la langue est indissociable du déterminant culturel, et elle y est nommée dans tous les travaux que l'on fait.

Le président : Merci, madame Losier.

Ma question s'adresse maintenant à la Dre Desrosiers.

Vous avez parlé de la décision du gouvernement du Nouveau-Brunswick de créer deux nouveaux conseils d'administration au sein du Réseau de santé Horizon et du Réseau de santé Vitalité. Si je comprends bien, il y a aussi un conseil de collaboration qui est créé pour que les deux réseaux se parlent, selon la nouvelle qui a été annoncée.

You said earlier that bilingualism always turns into English in the end. How do you see this collaborative council working? In your opinion, will it really meet this need for collaboration between the two boards?

Dr. Desrosiers: We have not received the details of the mandate and operation of this committee.

In all honesty, in general, most of the meetings at the provincial level are conducted in English because most francophones are bilingual and most anglophones are not. Now, this is not to say that because we are bilingual, it is as easy to work, think and be alert and relevant in our conversations when we are not working in our first language.

This is a reality not only for this committee, but for all the provincial committees in which we participate. Despite the efforts of some departments that sometimes provide simultaneous translation services, it is far from an ideal situation in our province at this time.

At the provincial level, there is definitely a need to increase the alignment and coordination of the various health partners. In New Brunswick, the Department of Health and the Department of Social Development are two separate departments. If there is a lesson learned from the pandemic at this decision-making level, it is that there is a need. I wouldn't necessarily say the need for collaboration, but more importantly the need for coordination focused on the needs of the patient. Coordination between the different partners — we're not just talking about the two boards. We could be talking about the Health Council, the Department of Social Development, private and public partners who work in New Brunswick to provide our Extra-Mural Program and our ambulance service. There needs to be an alignment of priorities.

The Chair: My next question is on human resources. Bill C-13, on official languages, which has just been passed in the House of Commons and will soon be sent to the Senate, talks about a francophone immigration policy.

What challenges do you face in promoting and integrating human resources from abroad? How could a federal policy better support your human resources needs, particularly with respect to the recognition of diplomas? We talked earlier about credential equivalency.

What do you think the policy would need to be in order to really support you?

I would ask Mr. Robichaud to answer my question first. Then it will be Dr. Desrosiers' turn.

Vous disiez tout à l'heure que le bilinguisme, ça finit toujours par se terminer en anglais. Comment voyez-vous le fonctionnement de ce conseil de collaboration? À votre avis, va-t-il vraiment répondre à ce besoin de collaboration entre les deux régies?

Dre Desrosiers : Nous n'avons pas reçu les détails du mandat et du fonctionnement du comité en question.

En toute honnêteté, en général, la plupart des rencontres à l'échelle provinciale se déroulent en anglais, parce que la plupart des francophones sont bilingues et la plupart des anglophones ne le sont pas. Maintenant, cela ne veut pas dire que parce qu'on est bilingue, c'est aussi facile de travailler, de réfléchir et d'être alerte et pertinent dans nos conversations lorsqu'on ne travaille pas dans notre langue maternelle.

C'est une réalité pas seulement pour ce comité, mais pour tous les comités provinciaux auxquels nous participons. Malgré l'effort de certains ministères qui offrent parfois des services de traduction simultanée, c'est loin d'être une situation idéale dans notre province actuellement.

À l'échelon provincial, il y a assurément un besoin d'augmenter l'alignement et la coordination des différents partenaires en santé. Au Nouveau-Brunswick, le ministère de la Santé et le ministère du Développement social sont deux ministères distincts. Si on a appris une leçon de la pandémie à ce niveau décisionnel, c'est bien ce besoin-là. Je ne dirais pas nécessairement le besoin de collaboration, mais surtout le besoin de coordination centrée sur les besoins du patient. La coordination entre les différents partenaires... On ne parle pas seulement des deux régies. On pourrait parler du Conseil de la santé, du ministère du Développement social, de partenaires privés et publics qui travaillent au Nouveau-Brunswick pour offrir notre Programme extra-mural et notre service ambulancier. Il faut faire un alignement des priorités.

Le président : Ma prochaine question touche les ressources humaines. Le projet de loi C-13 sur les langues officielles, qui vient d'ailleurs d'être adopté à la Chambre des communes et qui arrivera bientôt au Sénat, parle d'une politique d'immigration francophone.

Dans les stratégies de promotion et d'intégration des ressources humaines qui viennent d'ailleurs, quels sont les défis que vous rencontrez? Comment une politique fédérale pourrait-elle soutenir davantage vos besoins en matière de ressources humaines, notamment en ce qui a trait à la reconnaissance des diplômes? Nous avons parlé tout à l'heure des équivalences de compétences.

À votre avis, que devrait contenir cette politique pour qu'elle puisse vraiment vous appuyer?

Je demanderais d'abord à M. Robichaud de répondre à ma question. Ensuite, ce sera au tour de la Dre Desrosiers.

Mr. Robichaud: The factor this brings to mind is that of properly defining language-based positions. Sometimes we run into obstacles. You'll determine that a position needs to be bilingual, but because there are no candidates, they're labelled as "equal proficiency" positions in the system, and then you end up hiring a unilingual person.

I think there are much clearer definitions and it would be important to follow up.

I hear too often that language is not a skill in the selection of some of these positions. That immediately brings to mind the element of definition and how funding should be tied to positions that will meet that definition. We practise more often than not — I see that we contravene the needs identified as "bilingual" because we end up saying they're all skills. Yet, the language skill was not enough.

The Chair: Thank you.

Dr. Desrosiers, do you have a comment?

Dr. Desrosiers: Not on this point.

The Chair: Thank you very much.

We don't have much time left. I would ask you to keep your questions short and your answers short.

Senator Moncion: I will ask my questions, but the answers can also be given in writing.

Between Vitalité Health Network and Horizon Health Network, are there budgetary disparities in the amount of money associated with either network? Are people from one network better paid than people from another network? We've seen that in other places quite often.

My second question is related to the exams that francophone graduates take. We have seen much lower pass rates for those who took the NCLEX exams compared to the exams students took in Quebec.

Has this new option had a positive impact on your network?

The Chair: Do you want to answer the question, Dr. Desrosiers?

Dr. Desrosiers: I can start, if you are in agreement.

With respect to equal pay, all salaries in New Brunswick are managed by Treasury Board; it is a provincial approach that is, in theory, fair. Are there audits to verify compliance with Treasury Board directives? That is another question. To my

M. Robichaud : L'élément auquel cela me fait penser, c'est celui de bien définir les postes basés sur la langue. Parfois, on rencontre des obstacles. On va déterminer qu'un poste doit être bilingue, mais faute de candidats, on les qualifie de postes de « compétence égale » dans le système, puis on finit par embaucher une personne unilingue.

Je crois qu'il y a des définitions beaucoup plus claires et qu'il serait important de faire des suivis.

J'entends dire trop souvent que la langue n'est pas une compétence dans la sélection de certains de ces postes. Cela me fait penser tout de suite à l'élément de la définition et à la façon dont le financement doit être lié à des postes qui respecteront cette définition. On pratique plus souvent qu'autrement... Je vois que l'on contrevient aux besoins identifiés comme étant « bilingues », parce que l'on finit par dire que ce sont toutes les compétences. Pourtant, la compétence linguistique n'était pas suffisante.

Le président : Merci.

Docteur Desrosiers, avez-vous un commentaire à ajouter?

Dre Desrosiers : Pas sur ce point.

Le président : Merci beaucoup.

Il nous reste peu de temps. Je vous demanderais de poser des questions courtes et de donner des réponses courtes.

La sénatrice Moncion : Je vais poser mes questions, mais les réponses peuvent aussi être transmises par écrit.

Entre le Réseau de santé Vitalité et le Réseau de santé Horizon, y a-t-il des disparités budgétaires dans les sommes associées à l'un ou à l'autre des réseaux? Les gens d'un réseau sont-ils mieux payés que les gens d'un autre réseau? On l'a vu très souvent à d'autres endroits.

Ma deuxième question est liée aux examens que passent les finissants francophones. On a vu des taux de réussite beaucoup moins élevés pour ceux ou celles qui passaient les examens du NCLEX, comparativement à l'examen que les étudiants passaient au Québec.

Cette nouvelle option a-t-elle eu des effets positifs pour votre réseau?

Le président : Voulez-vous répondre à la question, docteur Desrosiers?

Dre Desrosiers : Je peux commencer, si cela vous convient.

Par rapport aux salaires égaux, tous les salaires au Nouveau-Brunswick sont gérés par le Conseil du Trésor; c'est une approche provinciale qui est, en théorie, équitable. Est-ce qu'il y a des audits de vérification du respect des directives du Conseil

knowledge, there are no audits that are done in a general way to compare one network with another.

With respect to the budget, this is an excellent question, because there is no clear formula for the distribution of budgets in New Brunswick. If there is one, I don't know it and I've been asking the question for a long time. In fact, what would a fair budget be? Would it be based on the percentage of francophone and anglophone populations? Should it be adjusted to recognize the rurality of francophones? Should we know the health needs of francophones on average?

Vitalité Health Network must help train not only francophones in the province, but also the bilingual health professionals who are hired by the two health authorities and other health partners. So an equitable formula, I think, is not just saying 68% or 32% of the population. I think that's something that needs to be thought through.

In terms of the NCLEX exam for our registered nurses, there has been a great improvement in terms of the translation of the exams and the tools. As far as I know, currently the pass rate for francophones is similar to that of anglophones, or at least improving in that direction.

I think it would be interesting to verify these rates, because we don't necessarily have all the data on the number of francophones who have taken the exam in English, because they feel more comfortable taking it in English, and on their success rate. We do not have the data to form a complete opinion on that.

Senator Mégie: My question goes back several years. I was aware of a project called Franco Doc, which was mapping health care professionals in universities to try to match them by setting. At the time, I was with Médecins francophones du Canada and they came looking for us to serve as mentors for these academics.

Does this program still exist? Did it have the impact you expected in the community? Did it go well, or did the program disappear?

Mr. Robichaud: I don't know.

Dr. Desrosiers: I'm not aware of that program, at least for the health system. What I can tell you is that we are in the process of setting up a mentoring program with the support of our retired nurses to welcome and accompany newly arrived nurses.

du Trésor? C'est une autre question. À ma connaissance, il n'y a pas d'audits qui sont faits de façon générale pour comparer un réseau avec l'autre.

Par rapport au budget, c'est une excellente question, parce qu'il n'y a pas de formule claire pour la répartition des budgets au Nouveau-Brunswick. S'il y en a une, je ne la connais pas et je pose la question depuis longtemps. D'ailleurs, que serait un budget équitable? Serait-il établi en fonction du pourcentage de la population francophone et anglophone? Devrait-on l'ajuster pour reconnaître la ruralité des francophones? Devrait-on connaître les besoins en santé des francophones en moyenne?

Le Réseau de santé Vitalité doit contribuer à former non seulement les francophones dans la province, mais aussi les professionnels de la santé bilingues qui sont embauchés par les deux régies de santé et les autres partenaires en santé. Alors, une formule équitable, je pense que ce n'est pas seulement de dire 68 % ou 32 % de la population. Je pense que cela mériterait une réflexion plus approfondie.

Pour ce qui est de l'examen du NCLEX pour nos infirmières immatriculées, il y a eu une grande amélioration par rapport à la traduction des examens et des outils. À ma connaissance, actuellement, le taux de réussite chez les francophones est semblable à celui des anglophones, ou du moins il s'améliore dans cette direction.

Je pense que ce serait intéressant de vérifier ces taux, parce qu'on n'a pas nécessairement toutes les données sur le nombre de francophones qui ont passé l'examen en anglais, parce qu'elles se sentent plus à l'aise de le passer en anglais, et sur leur taux de réussite. Il nous manque des données pour nous former une opinion complète à ce sujet.

La sénatrice Mégie : Ma question remonte à plusieurs années en arrière. J'ai eu connaissance d'un projet qui s'appelait Franco Doc, qui faisait le recensement des professionnels de la santé dans les universités pour essayer de les jumeler selon le milieu. À l'époque, j'étais avec Médecins francophones du Canada et ils étaient venus nous chercher pour servir de mentors à ces universitaires.

Est-ce que ce programme existe encore? A-t-il eu les retombées que vous escomptiez dans le milieu? Est-ce que cela s'est bien passé, ou le programme a-t-il disparu?

M. Robichaud : Je ne sais pas.

Dre Desrosiers : Je ne suis pas au courant de ce programme, du moins pour le système de santé. Ce que je peux vous dire, c'est que nous sommes en train de mettre en place un programme de mentorat avec l'appui de nos infirmières retraitées pour accueillir et accompagner les infirmières nouvellement arrivées.

Ms. Losier: I remember the Franco Doc program and I would like to reassure Senator Mégie that this program is continuing, and it is a program of the Société Santé en français. We will be able to send you information and an update because today, the program is aimed at a broader group than just physicians. There have been benefits, absolutely. Thank you for contributing to that.

The Chair: Thank you for sending that information.

Senator Clement: I have a question for Ms. Losier. I am very interested in the partnerships that you have established, especially with the municipalities. We always talk about health, federal and provincial, but my experience in Cornwall is that cities are also using their budgets to address gaps in health care services for their communities. Can you comment or tell us about the partnerships you have developed with municipalities in particular?

Ms. Losier: There is a major municipal governance reform underway in New Brunswick. Indeed, municipalities are partners of choice, and I think Dr. Desrosiers would agree. The strength of municipalities and communities is to ensure retention and welcome. We need to have livable neighbourhoods and municipalities, places where health professionals want to settle.

I have a little anecdote. I remember people in the Lamèque community being asked how they recruit and retain their health professionals, and they would say, “We bring them here for an internship and then we marry them.” The role of municipalities is very important.

Senator Clement: Thank you.

Senator Mockler: To follow up on Senator Moncion’s question, Dr. Desrosiers, if nurses in New Brunswick used the Quebec exam instead of the NCLEX, would that make retention easier? Would we have more people moving to New Brunswick?

Dr. Desrosiers: This is one of the issues that has progressed over the past year. Our nurses now have access to this exam. They can choose to take the Quebec exam. What could facilitate access to the exam is to do it from their province, without having to travel to Quebec to take the exam. We have already taken a step in this direction and the success rate is quite high.

The Chair: Thank you. Dr. Desrosiers, Ms. Losier and Mr. Robichaud, thank you very much for your contribution to this important study. We’ll suspend for a few moments while we welcome our next witnesses.

Mme Losier : Je me souviens du programme Franco Doc et j’aimerais rassurer la sénatrice Mégie : ce programme se poursuit, et c’est un programme de la Société Santé en français. On pourra vous envoyer des informations et une mise à jour parce qu’aujourd’hui, le programme s’adresse à un groupe plus large que seulement les médecins. Il y a eu des bénéficiaires, absolument. Merci d’y avoir contribué.

Le président : Merci de nous envoyer cette information.

La sénatrice Clement : J’ai une question pour Mme Losier. Je suis très intéressée par les partenariats que vous avez établis, surtout avec les municipalités. On parle toujours de la santé, du fédéral et du provincial, mais mon expérience à Cornwall m’a montré que les villes utilisent aussi leurs budgets pour remédier aux lacunes dans les services de soins de santé pour leurs communautés. Est-ce que vous pouvez commenter ou nous parler des partenariats que vous avez établis avec les municipalités en particulier?

Mme Losier : Il y a une grande réforme de la gouvernance municipale en cours au Nouveau-Brunswick. Effectivement, les municipalités sont des partenaires de choix, et je pense que la Dre Desrosiers pourrait renchérir en ce sens. La force des municipalités et des communautés, c’est d’assurer la rétention et l’accueil. Il faut des quartiers et des municipalités où il fait bon vivre, des endroits où les professionnels de la santé ont envie de s’installer.

J’ai une petite anecdote. Je me rappelle qu’on demandait aux gens de la communauté de Lamèque comment ils faisaient pour recruter et retenir leurs professionnels de la santé, et ils disaient : « On les fait venir ici pour faire un stage et après, on les marie. » Le rôle des municipalités est très important.

La sénatrice Clement : Merci.

Le sénateur Mockler : Pour poursuivre sur la question de la sénatrice Moncion, docteur Desrosiers, si les infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick utilisaient l’examen du Québec au lieu du NCLEX, est-ce que cela faciliterait davantage la rétention? Est-ce qu’on aurait plus de personnes qui s’installeraient au Nouveau-Brunswick?

Dre Desrosiers : C’est l’un des dossiers qui a progressé au cours de la dernière année. Nos infirmières ont maintenant accès à cet examen. Elles peuvent choisir de passer l’examen québécois. Ce qui pourrait faciliter l’accès à l’examen, c’est de le faire à partir de leur province, sans avoir à se déplacer au Québec pour passer l’examen. On a déjà fait un pas dans cette direction et le taux de réussite est quand même assez élevé.

Le président : Merci. Docteur Desrosiers, madame Losier et monsieur Robichaud, merci beaucoup pour votre contribution à cette étude importante. Nous allons suspendre la séance quelques instants, le temps d’accueillir nos prochains témoins.

For our second panel of witnesses this evening, we are pleased to welcome, from the Fédération des aînées et aînés francophones du Canada, Jean-Luc Racine, Director General, and by video conference, from the Association francophone des aînés du Nouveau-Brunswick, Marcel Larocque, President, accompanied by Jules Chiasson, Executive Director. Finally, from Carrefour 50+ of British Columbia, we have Joanne Dumas, President, and Stéphane Lapierre, Executive Director.

Good evening and welcome to the meeting. We are now ready to hear your presentations, which will be followed by a question and answer period. Mr. Racine, since you are here, we will start with you. The floor is yours.

Jean-Luc Racine, Director General, Fédération des aînées et aînés francophones du Canada: First of all, I would like to point out that Ms. Solange Haché was supposed to speak, but since she is having connection problems, I will do it for her.

Mr. Chair, honourable senators, as director general of the Fédération des aînés francophones du Canada, I thank you for inviting us and two of our member associations to appear before you today.

Our organization has been working for many years to promote the health needs of francophone seniors and, in particular, to promote the importance of providing French-language services in this area.

When you are elderly, ill and in a vulnerable situation, the last thing you want to do is to ask for services in French. You don't have the strength or courage to make such requests. This does not mean that you do not want or need these services. On the contrary, seniors want French-language health services.

A recent study in Saskatchewan showed that 70% of francophone seniors who responded to a survey identified access to French-language health services as an important issue. Many francophone seniors in a minority setting told us how unfortunate and deplorable they find the lack of French-language services, particularly in terms of home care services and long-term care residences.

With respect to home care and support services, seniors tell us that it is virtually impossible to obtain services in French in the vast majority of regions across the country. When services are available, they are often cut off without notice or offered only in English. This is also the case in senior care residences, where French-language services are often neglected and even totally absent.

Pour notre deuxième groupe de témoins ce soir, nous sommes heureux d'accueillir, de la Fédération des aînées et aînés francophones du Canada, M. Jean-Luc Racine, directeur général, et par vidéoconférence, de l'Association francophone des aînés du Nouveau-Brunswick, M. Marcel Larocque, président, accompagné de M. Jules Chiasson, directeur général. Enfin, du Carrefour 50+ Colombie-Britannique, nous accueillons Mme Joanne Dumas, présidente, et M. Stéphane Lapierre, directeur général.

Bonsoir et bienvenue parmi nous. Nous sommes maintenant prêts à entendre vos présentations, qui seront suivies d'une période de questions. Monsieur Racine, puisque vous êtes ici, nous allons commencer par vous. La parole est à vous.

Jean-Luc Racine, directeur général, Fédération des aînées et aînés francophones du Canada : D'abord, je tiens à signaler que Mme Solange Haché devait prendre la parole, mais étant donné qu'elle éprouve des problèmes de connexion, je vais le faire pour elle.

Monsieur le président, honorables sénatrices et sénateurs, à titre de directeur général de la Fédération des aînés francophones du Canada, je vous remercie de nous avoir invités, ainsi que deux de nos associations membres, à comparaître devant vous aujourd'hui.

Notre organisme travaille depuis de nombreuses années à faire valoir les besoins des aînés francophones en matière de santé, et surtout de faire valoir l'importance d'offrir des services en français dans ce domaine.

Quand vous êtes âgé, malade et en situation de vulnérabilité, la dernière chose que vous voulez, c'est de revendiquer et de demander des services en français. Vous n'avez ni la force ni le courage de faire de telles demandes. Cela ne veut pas dire pour autant que vous ne voulez pas ou que vous n'avez pas besoin de ces services. Au contraire, les aînés veulent des services de santé en français.

Une étude réalisée tout récemment en Saskatchewan a montré que 70 % des aînés francophones qui ont répondu à un sondage ont identifié l'accès à des services de santé en français comme un enjeu important. Plusieurs aînés francophones en contexte minoritaire nous ont dit à quel point ils trouvent regrettable et déplorable le fait de ne pas avoir de services en français, particulièrement sur le plan des services et des soins à domicile, ainsi que dans les résidences de soins de longue durée.

En ce qui a trait aux services de soutien et de soins à domicile, les aînés nous disent qu'il est à peu près impossible d'obtenir des services en français dans la très grande majorité des régions au pays. Lorsqu'il y en a, ils sont souvent coupés sans préavis ou ils sont offerts uniquement en anglais. Il en est également ainsi dans les résidences de soins pour aînés, où les services en français sont souvent négligés et même totalement absents.

Over the years, we have met with young retirees who have shared with us their traumatic experience with the placement of their older relatives. One retiree told us: “My mother managed to live in French in her community all her life, but in her last years, everything was done in English. She couldn’t die in French.”

Yet it is possible to do things differently. In Prince Edward Island, there have been successes in strengthening the ties between nursing home residents and the community by providing funding to community groups for activities between local seniors and those in nursing homes. English-speaking stakeholders even said of one French-speaking resident, “We thought the resident was nonverbal, meaning she couldn’t express herself, but seeing her interact with members of the French-speaking community, we realized it was a language issue.”

As a person with cognitive problems gets older, a person who was fluent in English will revert to his or her native language. When you’re sick, it’s harder to be bilingual. It is important to be able to offer services in French; it can sometimes be a matter of life and death. When you are sick, you have to be able to understand and be understood in order to avoid misunderstandings that could lead to complications.

When dealing with an elderly, sick and vulnerable person, it is important to find a way to provide services in their native language. This is not a matter of public policy, or official languages, or even obligation; rather, it is a matter of providing good health care for all citizens. The federal government must play a leadership role with the provincial and territorial governments so that we can all work together to establish a better offer of health services for francophone seniors in minority situations.

First, language clauses must be included in the Canada Health Transfer and clearly stipulate the amounts to be allocated or the targets to be reached for the delivery of services to francophones in minority communities.

Second, there is a need for more strategic and sustained funding, and the federal government must ensure that provincial and territorial governments allow us to be more innovative and creative in the delivery of services to francophones.

Third, we need to support the provision of French-language home care and services. Fourth, initiatives such as those in Prince Edward Island must be encouraged to further engage community groups in visiting and organizing activities with francophone seniors in residences.

Nous avons rencontré au cours des années de jeunes retraités qui nous ont fait part de leur expérience traumatisante en ce qui a trait au placement de leurs parents plus âgés. Un retraité nous a même dit ceci : « Ma mère a réussi toute sa vie à vivre en français dans sa communauté, mais dans les dernières années de sa vie, tout s’est fait uniquement en anglais. Elle n’a pas pu mourir en français. »

Pourtant, il est possible de faire les choses autrement. À l’Île-du-Prince-Édouard, on a réussi à renforcer les liens entre les résidents de foyers de soins et la communauté en octroyant des fonds aux groupes communautaires pour faire des activités entre les aînés du milieu et ceux des résidences de soins. Des intervenants anglophones ont même dit au sujet d’une résidente francophone : « Nous pensions que la résidente était non verbale, c’est-à-dire qu’elle ne pouvait pas s’exprimer, mais en la voyant interagir avec des membres de la communauté francophone, nous avons compris que c’était un enjeu de langue. »

En vieillissant, une personne souffrant de problèmes cognitifs qui maîtrisait parfaitement l’anglais reviendra à sa langue maternelle. Lorsqu’on est malade, c’est plus difficile d’être bilingue. Il est important de pouvoir offrir des services en français; il peut s’agir parfois même d’une question de vie ou de mort. Lorsqu’on est malade, il faut être capable de comprendre et de se faire comprendre, afin d’éviter des erreurs de compréhension qui pourraient entraîner des complications.

Lorsque l’on traite une personne âgée, malade et en situation de vulnérabilité, il est important de trouver une façon d’offrir les services dans sa langue maternelle. Ceci n’est pas une question de politique publique, ni de langues officielles, ni même d’obligation; il s’agit plutôt d’offrir un bon service de santé pour tous les citoyens. Le gouvernement fédéral doit jouer un rôle de leader auprès des gouvernements provinciaux et territoriaux pour que nous puissions, tous ensemble, établir une meilleure offre de services de santé pour les aînés francophones en situation minoritaire.

Premièrement, il faut sans faute intégrer des clauses linguistiques dans le Transfert canadien en matière de santé et stipuler clairement des montants à octroyer ou des cibles à atteindre pour la prestation de services auprès des francophones en contexte minoritaire.

Deuxièmement, il faut un financement plus stratégique et soutenu, et le gouvernement fédéral doit s’assurer que les gouvernements provinciaux et territoriaux nous permettent d’être plus innovateurs et créatifs dans la prestation des services auprès des francophones.

Troisièmement, il faut soutenir l’offre de services et de soins à domicile en français. Quatrièmement, il faut encourager les initiatives comme celles de l’Île-du-Prince-Édouard, pour inciter davantage les groupes communautaires à visiter et à organiser des activités avec les aînés francophones en résidence.

Finally, special attention must be given to seniors who are often doubly in the minority, namely LGBTQ2E+ and racialized people. Many seniors from the LGBTQ community told us how difficult it is to obtain more specialized services in French.

There would be many more situations to share with you, but we hope to have a chance to talk about them during the discussion. I see that our president, Ms. Haché, is now online. She will be able to answer many of your questions.

The Chair: Thank you, Mr. Racine, and welcome, Ms. Haché. You will be able to speak during the question period.

I will now give the floor to Joanne Dumas and Stéphane Lapierre, respectively President and Executive Director of Carrefour 50+ of British Columbia.

The floor is yours.

Joanne Dumas, President, Carrefour 50+ of British Columbia: Mr. Chair, members of the committee, thank you for the invitation to appear before your committee. It is truly appreciated.

We represent Carrefour 50+ of British Columbia, which brings together all the francophone associations that provide services to francophones and francophiles aged 50 and over, here in British Columbia.

Like the rest of Canada, the proportion of people aged 50 and over in our province continues to grow, from 1,882,000 in 2016 to 2,056,000 in 2021. This is an increase of 8.48% over this period, making our province the second largest province, after Ontario and excluding Quebec, with the largest number of people aged 50 and over. Of the 74,640 francophones living in a linguistic minority situation in our province, 32,355 are 50 years of age or older, which places us in third place, again excluding Quebec. It is important to note that British Columbia is still the only Canadian province that does not have a French-language services policy recognized by the provincial government.

This is quite sad.

Over the years, there have been many examples of signage, particularly in the area of health and public services, that was in several languages other than English, but excluded French. We have seen this in hospitals, medical clinics and donor clinics, as well as in libraries. We understand that we live in a unilingual English-speaking province, and we respect the right of citizens who speak other languages to have signage in their first language. However, as French is one of Canada's two official languages, we feel it is essential that it be included in

Finalement, une attention toute particulière doit être accordée aux aînés qui sont souvent doublement minoritaires, soit les personnes LGBTQ2E+ et les personnes racisées. Beaucoup d'aînés de la communauté LGBTQ nous ont dit à quel point les services plus spécialisés sont très difficiles à obtenir en français.

Il y aurait encore beaucoup de situations à partager avec vous, mais nous espérons avoir la chance d'en parler durant la discussion. Je vois que notre présidente, Mme Haché, est maintenant en ligne. Elle pourra répondre à plusieurs de vos questions.

Le président : Merci, monsieur Racine, et bienvenue, madame Haché. Vous pourrez intervenir pendant la période de questions.

Je donne maintenant la parole à Mme Joanne Dumas et à M. Stéphane Lapierre, respectivement présidente et directeur général du Carrefour 50+ Colombie-Britannique.

La parole est à vous.

Joanne Dumas, présidente, Carrefour 50+ Colombie-Britannique : Monsieur le président, mesdames et messieurs les membres du comité, je vous remercie de l'invitation à comparaître devant votre comité. C'est vraiment apprécié.

Nous représentons le Carrefour 50+ Colombie-Britannique, qui regroupe l'ensemble des associations francophones offrant des services aux francophones et francophiles âgés de 50 ans et plus ici, en Colombie-Britannique.

À l'instar du reste du Canada, la proportion des personnes de 50 ans et plus dans notre province continue d'augmenter, passant de 1 882 000 de personnes en 2016 à 2 056 000 en 2021. Il s'agit d'une augmentation de 8,48 % durant cette période, ce qui fait de notre province la deuxième, après l'Ontario et sans compter le Québec, comptant le plus grand nombre de personnes âgées de 50 ans et plus. Des 74 640 francophones vivant en situation linguistique minoritaire dans notre province, 32 355 ont 50 ans et plus, ce qui nous place au troisième rang, toujours en excluant le Québec. Fait important à noter, la Colombie-Britannique est encore, à ce jour, la seule province canadienne qui n'a pas de politique de services en français reconnue par le gouvernement provincial.

C'est assez triste.

Au fil des ans, on a pu voir de nombreux exemples d'affichage, plus particulièrement dans le domaine de la santé et des services publics, qui était fait en plusieurs langues autres que l'anglais, mais excluait le français. Nous avons constaté ce phénomène dans les hôpitaux, les cliniques médicales et les centres de prélèvement, ainsi que dans les bibliothèques. Nous comprenons que nous vivons dans une province unilingue anglophone, et nous respectons le droit des citoyens qui parlent d'autres langues de bénéficier d'un affichage dans leur langue

multilingual signage when languages other than English are used.

With increased movement at retirement age to the warmer climate of Western Canada, one phenomenon is now better known and documented: A learned language is forgotten in various situations. Take the example of an exogamous couple for whom one person's first language is French, but who, for various reasons, communicate in English. The French-speaking person can be said to be fluent in English. On the other hand, many medical or neurocognitive situations can cause a person to forget their learned language in favour of their mother tongue, in this case French. It is then very difficult for them to express their needs, or their misfortunes, in the language of the majority. As an example, here are two relevant articles: *Alzheimer's disease, forgetting a learned language* —

The Chair: I'm sorry, Ms. Dumas, we have to interrupt you. There is a reception problem. Unfortunately, we can't hear your statement.

Ms. Dumas: Could Mr. Lapierre complete the remarks? There was only one paragraph left.

The Chair: Please go ahead.

Stéphane Lapierre, Executive Director, Carrefour 50+ of British Columbia: Ms. Dumas mentioned that we have attached two relevant articles to the document that relate to what we are saying to you today.

There is a residence in Maillardville, a suburb of Vancouver, the Foyer Maillard, which has been in existence since 1969. For 47 years, priority of residence was given to people who spoke French, so that they could age in their native language. Since its reconstruction and reopening in 2016, although there are still French-speaking staff members, there are almost no French-speaking residents, and now there are no spaces reserved for this clientele, even though the centre, like many others, benefits from funds from federal health transfers.

So, with all these examples, we want to emphasize the great importance of imposing language clauses in federal health transfers to the provinces and territories, as is done in the area of education. French-language health care is a very important issue for francophone seniors living in a linguistic minority situation such as ours, throughout Canada.

Thank you.

maternelle. Par contre, le français étant l'une des deux langues officielles du Canada, nous estimons qu'il est primordial qu'il soit inclus dans un affichage multilingue lorsque d'autres langues que l'anglais sont utilisées.

Avec une mobilité accrue à l'âge de la retraite vers le climat plus doux de l'Ouest canadien, un phénomène est maintenant plus connu et mieux documenté : une langue apprise est oubliée dans diverses situations. Prenons l'exemple d'un couple exogame pour qui la langue maternelle de l'une des deux personnes est le français, mais qui, pour diverses raisons, communique en anglais. On peut dire que la personne francophone parle anglais couramment. Par contre, plusieurs situations médicales ou neurocognitives peuvent faire en sorte qu'une personne a tendance à oublier sa langue apprise au profit de sa langue maternelle, soit le français dans ce cas-ci. Il est alors très difficile pour elle d'exprimer ses besoins, ou ses malheurs, dans la langue de la majorité. À titre d'exemple, voici deux articles pertinents : *Maladie d'Alzheimer, oublier une langue apprise...*

Le président : Je suis désolé, madame Dumas, nous devons vous interrompre. Il y a un problème de réception. On ne peut malheureusement pas entendre votre allocution.

Mme Dumas : Est-ce que M. Lapierre peut compléter? Il ne restait qu'un paragraphe.

Le président : D'accord.

Stéphane Lapierre, directeur général, Carrefour 50+ Colombie-Britannique : Mme Dumas mentionnait que nous avons joint au document deux articles pertinents qui ont trait aux propos que nous vous adressons aujourd'hui.

À Maillardville, en banlieue de Vancouver, se trouve le Foyer Maillard, qui existe depuis 1969. Pendant 47 ans, la priorité de résidence était donnée aux personnes qui parlaient français, pour qu'elles puissent y vieillir dans leur langue maternelle. Depuis sa reconstruction et sa réouverture en 2016, bien qu'on y retrouve encore des membres du personnel qui parlent français, la présence de résidents francophones est quasi inexistante, et désormais, aucune place n'est réservée à cette clientèle, bien que le centre, comme bien d'autres, bénéficie de fonds issus des transferts fédéraux en santé.

Donc, avec tous ces exemples, nous voulons souligner la grande importance d'imposer des clauses linguistiques aux transferts fédéraux en santé destinés aux provinces et aux territoires, comme cela se fait dans le domaine de l'éducation. Les soins de santé en français sont une thématique très importante pour les personnes âgées francophones vivant une situation linguistique minoritaire comme la nôtre, et ce, partout au Canada.

Merci.

The Chair: Thank you both for your presentation. We will now hear from Marcel Larocque, President, and Jules Chiasson, Executive Director of the Association francophone des aînés du Nouveau-Brunswick.

The floor is yours.

Marcel Larocque, President, Association francophone des aînés du Nouveau-Brunswick: Thank you for welcoming us. It is very interesting to be here. I am hearing some great things and I will try to add some different information.

We have sent you the documentation so that we can focus on the main issues. The main issue for the Association francophone des aînés du Nouveau-Brunswick is language. Even though New Brunswick is the only officially bilingual province, it is still too often the case that people cannot receive services in their mother tongue. This is why we are focusing on this important issue.

To illustrate this, my presentation will be divided into three parts: caring, the different roles regarding official languages in New Brunswick and what the federal government can do to support us in this matter.

As you know, our seniors are experiencing several problematic situations regarding services in their primary language. It has been said that there is an urgent need to act on many health issues, especially when it comes to language.

Almost two years ago, on June 15, 2021, we held a round table discussion on World Elder Abuse Awareness Day.

After that round table, a standing committee was formed and met about 40 times in 2021-22. The committee was made up of former ministers of all political stripes, senior government officials, people from the health care community, and well-educated people who could follow up regularly. As a result of that first year of major consultations, on June 15, 2022, we released a report entitled *Aging with Indifference and Indignity in New Brunswick*, which you have received. I won't give you the highlights. I just want to tell you that it is easy to read, it is 20 pages long and it has only six recommendations. It may take about 20 minutes to read at most. Throughout the underlying report, you will see what the language challenges are. I would caution you that this is not bedside reading, even though the report is not long, as there are some horror scenarios involving our seniors in New Brunswick. Unfortunately, I believe this is widespread across the country.

Le président : Merci à vous deux de votre présentation. Nous entendrons maintenant M. Marcel Larocque, président, et M. Jules Chiasson, directeur général de l'Association francophone des aînés du Nouveau-Brunswick.

La parole est à vous.

Marcel Larocque, président, Association francophone des aînés du Nouveau-Brunswick : Merci de nous accueillir. Il est très intéressant d'être ici. J'entends de belles choses, et je tenterai d'ajouter des informations différentes.

Nous vous avons fait parvenir la documentation afin de pouvoir nous concentrer sur les enjeux principaux. L'enjeu principal de l'Association francophone des aînés du Nouveau-Brunswick est la langue. Même si le Nouveau-Brunswick est la seule province officiellement bilingue, il arrive encore trop souvent que les gens ne puissent recevoir des services dans leur langue maternelle. C'est pourquoi on s'attarde sur cet enjeu important.

Afin d'illustrer ces propos, ma présentation se fera en trois volets, soit la bienveillance, les différents rôles en ce qui a trait aux langues officielles au Nouveau-Brunswick et ce que le gouvernement fédéral peut faire afin de nous accompagner dans ce dossier.

Comme vous le savez, nos aînés vivent plusieurs situations problématiques touchant les services dans leur langue primaire. On dit qu'il y a urgence d'agir sur beaucoup de dossiers touchant la santé, surtout en ce qui concerne la langue.

Il y a près de deux ans, le 15 juin 2021, nous avons tenu une table ronde lors de la Journée mondiale de sensibilisation à la maltraitance des personnes âgées.

Après cette table ronde, un comité permanent a été formé et s'est réuni une quarantaine de fois en 2021-2022. Le comité était formé d'anciens ministres de toutes les allégeances politiques, de hauts fonctionnaires, de gens du milieu de la santé et de gens bien éduqués qui pouvaient faire un suivi régulier. À la suite de cette première année de consultations majeures, le 15 juin 2022, nous avons publié un rapport intitulé *Vieillir dans l'indifférence et l'indignité au Nouveau-Brunswick*, que vous avez reçu. Je ne vous en donnerai pas les grandes lignes. Je tiens simplement à vous dire qu'il est facile à lire, qu'il compte 20 pages et qu'il contient seulement six recommandations. Cela peut prendre environ 20 minutes à lire au maximum. Tout au long du rapport sous-jacent, vous verrez quels sont les défis linguistiques. Je vous fais une mise en garde : ce n'est pas une lecture de chevet, même si le rapport n'est pas long, car il y a quelques scénarios d'horreur qui impliquent nos aînés au Nouveau-Brunswick. Malheureusement, je crois que c'est généralisé un peu partout au pays.

At the same time, the Association francophone des aînés du Nouveau-Brunswick conducted a review of the Official Languages Act. We submitted a brief, as did the entire Acadian and francophone association community. The judges, Ms. Yvette Finn and Mr. John McClaughlin, received our recommendations. Without going into detail, I will list the three main ones.

We asked that services offered to the public in nursing homes established under the Nursing Homes Act be provided in both official languages in all health regions of the province, in order to meet the needs of both official language communities in the province. As you can see, we are not just looking out for francophones; we want all New Brunswickers to be able to obtain health services in their language.

We have also asked that, for the purposes of delivering health care in the province, all health care institutions, facilities and programs under the jurisdiction of the Department of Health or the regional health authorities established under the Regional Health Authorities Act ensure that all services to the public are available at all times in both official languages of the province. As I mentioned earlier, in New Brunswick, a bilingual province, even in regions with a large francophone population, it is not always possible to have services in the language of one's choice. I can confirm this for my Acadian Peninsula and for other regions of New Brunswick. Finally, we have asked that the definition of "nursing home" be included in the new version of the Official Languages Act, because there is nothing in this regard.

It has been mentioned several times this evening that as you get older, you go back to your mother tongue. So it is extremely urgent. What can the federal government do? We are asking the federal government to add a language clause to all federal health transfers in order to improve French-language services for francophone minority communities; we are also asking that a language clause be added to the transfers for elder care, so that francophone seniors in minority communities can benefit from care and support services in French in nursing homes and at home; we are also asking that the federal government contribute generously to francophone post-secondary institutions to ensure better retention and recruitment of staff in nursing homes and home support services; and finally, we are asking for support for research to find solutions that promote access to care and support services for seniors in the language of their choice.

L'Association francophone des aînés du Nouveau-Brunswick a fait, en parallèle, une révision de la Loi sur les langues officielles. Nous avons présenté un mémoire, comme toute la communauté associative acadienne et francophone. Les juges, Mme Yvette Finn et M. John McClaughlin, ont reçu nos recommandations. Sans entrer dans les détails, je vais vous énumérer les trois principales.

Nous avons demandé que les services offerts au public dans les foyers de soins établis en vertu de la Loi sur les foyers de soins soient offerts dans les deux langues officielles, et ce, dans toutes les régions de santé de la province, de façon à répondre aux besoins des deux communautés de langue officielle de la province. Vous voyez qu'on ne s'occupe pas seulement des francophones; on veut que tous les citoyens du Nouveau-Brunswick puissent obtenir des services de santé dans leur langue.

On a également demandé que, aux fins de la prestation des soins de santé de la province, tous les établissements, toutes les installations et tous les programmes de santé qui relèvent du ministère de la Santé ou des régies régionales de la santé établies en vertu de la Loi sur les régies régionales de la santé s'assurent d'offrir en tout temps tous les services au public dans les deux langues officielles de la province. Comme je l'ai mentionné plus tôt, au Nouveau-Brunswick, province bilingue, même dans les régions à haute teneur francophone, ce n'est pas toujours possible d'avoir des services dans la langue de son choix. Je peux vous le confirmer pour ma péninsule acadienne et pour d'autres régions du Nouveau-Brunswick. Enfin, nous avons demandé que la définition de « foyer de soins » soit incluse dans la nouvelle version de la Loi sur les langues officielles, parce qu'il n'y a rien à cet égard.

Il a été mentionné plusieurs fois ce soir que lorsqu'on prend de l'âge, on revient à sa langue maternelle. C'est donc extrêmement urgent. Que peut faire le gouvernement fédéral? Nous demandons au gouvernement fédéral d'ajouter d'une clause linguistique dans tous les transferts fédéraux en matière de santé afin d'améliorer les services en français pour les communautés francophones en milieu minoritaire; nous demandons également l'ajout d'une clause linguistique dans les transferts pour les soins aux aînés, afin que les aînés francophones en milieu minoritaire puissent bénéficier des services de soins et de soutien en français dans les foyers de soins et à domicile; nous demandons aussi que le gouvernement fédéral contribue généreusement aux établissements postsecondaires francophones, afin d'assurer une meilleure rétention et de recruter du personnel dans les foyers de soins et dans les services de soutien à domicile; enfin, nous demandons un appui pour la recherche pour trouver des solutions favorisant l'accès aux services de soins et de soutien aux personnes âgées dans la langue de leur choix.

Thank you again. Too often, unfortunately, we have to fight with the courts to have our rights respected, but together we can do it. Thank you for your time.

The Chair: Thank you to all the witnesses for your opening statements. We'll proceed with the question period. First of all, Senator Moncion.

Senator Moncion: We often hear — and this is a common denominator — about the issue of language clauses. We know that, for Bill C-13, the government did not see fit to formally include language clauses in the documents.

Do you have any suggestions as to how this should be done, given that there may be other possibilities within the legislation that could open up this loophole and make it possible to achieve this objective?

Mr. Racine: I will invite my president to answer that question.

Solange Haché, President, Fédération des aînées et aînés francophones du Canada: Thank you very much. Excuse me, I had the wrong link, so I had trouble connecting.

Certainly, the issue of health transfers is a very important subject and a major concern for our federation. When we talk about health, it is certainly one of the sectors that is essential to the development of our communities.

We know that the Canada Health Act does not provide for any commitment to make changes in this regard. We know from experience that, in certain areas of the Canadian francophonie where there have been language clauses, with very specific, clear targets attached to specific amounts, this has produced certain results. This is exactly what the federation has been asking for for a long time: very specific clauses regarding health transfers. At this point, we can say that it is simply wishful thinking on the part of governments. There are very few commitments. It is very unclear what this priority is. We know that when there are no language clauses, practically nothing is allocated to our communities.

Are there any suggestions? Perhaps my colleague could answer more precisely, but I must say that the issue of health transfers, with very specific amounts and very specific language clauses, is a major priority on the national level.

Mr. Racine: Of course, we would have liked to see more teeth in the language clauses in Bill C-13. It is mentioned in the bill. There is a commitment to consult the communities to

Merci encore. Trop souvent, malheureusement, nous devons nous battre avec les tribunaux pour faire respecter nos droits, mais ensemble nous pourrions y arriver. Merci du temps que vous nous avez accordé.

Le président : Merci à tous les témoins pour leurs déclarations d'ouverture. Nous allons procéder à la période de questions. Tout d'abord, la parole est à la sénatrice Moncion.

La sénatrice Moncion : On entend souvent parler — et c'est un dénominateur commun — de la question des clauses linguistiques. On sait que, pour le projet de loi C-13, le gouvernement n'a pas jugé bon d'intégrer formellement des clauses linguistiques dans les documents.

Avez-vous des suggestions à nous faire sur la façon dont cela devrait se faire, étant donné qu'il y a peut-être d'autres possibilités à l'intérieur de la loi qui pourraient ouvrir cette brèche et permettre d'atteindre cet objectif?

M. Racine : Je vais inviter ma présidente à répondre à cette question.

Solange Haché, présidente, Fédération des aînées et aînés francophones du Canada : Merci beaucoup. Excusez-moi, j'avais le mauvais lien, alors j'ai eu de la difficulté à me connecter.

Certainement, la question des transferts en santé, c'est un sujet fort important et une grande préoccupation pour notre fédération. Lorsqu'on parle de santé, c'est assurément l'un des secteurs qui est essentiel à l'épanouissement de nos communautés.

On sait que la Loi canadienne sur la santé ne prévoit aucun engagement en matière de modification à cet effet. On sait par expérience que, dans certains domaines de la francophonie canadienne où il y a eu des clauses linguistiques, avec des cibles bien précises, claires et rattachées à des montants déterminés, cela a donné certains résultats. C'est exactement ce que la fédération demande depuis longtemps : des clauses bien précises par rapport aux transferts en santé. À ce moment-ci, on peut dire que ce sont simplement des vœux pieux de la part des gouvernements. Il y a très peu d'engagements. C'est très flou par rapport à cette priorité. On sait que lorsqu'il n'y a pas de clauses linguistiques, la part qui revient à nos communautés n'existe quasiment pas.

Y a-t-il des suggestions? Peut-être que mon collègue pourrait répondre de façon plus précise, mais je dois dire que la question des transferts en matière de santé, avec des montants bien précis et des clauses linguistiques bien précises, c'est une grande priorité sur le plan national.

M. Racine : Bien sûr, on aurait aimé voir plus de mordant pour les clauses linguistiques dans le projet de loi C-13. On en parle dans le projet de loi. On s'engage à consulter les

determine whether clauses should be included. I believe that health is paramount. We will accept it, but we will continue, and it will be up to the Senate to assert the importance of having such clauses in health agreements. That would be the least we could do. We need them. Ms. Haché described what we need. We need robust clauses, a little more than clauses with teeth. That is what we need in health agreements.

Senator Moncion: My next question is for the representatives of Carrefour 50+ of British Columbia. Ms. Dumas, you said that in 2016, the francophone population of British Columbia was 1,882,000, and that in 2021, it was 2,056,000. The total population of British Columbia is currently 5,071,000 people. This is almost half the population. If you add another 500,000 francophones, this means that almost half of the population in British Columbia will be French-speaking. This was a figure I did not have. I find it quite extraordinary, and I still find it completely absurd that you have so much difficulty obtaining services from the government. I don't know if there is a question around that.

Ms. Dumas: Certainly, it is a challenge. We have problems with all the envelopes. Even with education, we have seen in recent years the amount of money that has had to be spent to take advantage of our rights in education; it has cost millions of dollars for the cause. You can appreciate that trying to promote health care has not become a priority overnight, believe me.

Look at the example of Foyer Maillard, a home established by a community, with land donated by the community, by francophones and for francophones.

As soon as it had to be rebuilt, because the building was tired, the money transfers came from the local health authority, and since it is money that comes from the province, the services and rights that we had acquired in the past — because we did our own thing — were lost. In fact, we have money from the province, and for them, it is not a province that is considered bilingual, as you know. There is not even a position or policy towards the francophonie in British Columbia.

So, everything that has to be dealt with in British Columbia when dealing with the francophonie is always a big challenge, even if there are agreements with the federal government, such as in the education sector.

Mr. Lapierre: If you would allow me to provide additional information — senator, thank you for your question.

communautés pour savoir si on doit inclure des clauses ou non. Je crois que la santé, c'est primordial. Comme on dit, on va faire avec, mais on va continuer, et ce sera au Sénat de revendiquer l'importance d'avoir de telles clauses dans les ententes en santé. Ce serait la moindre des choses. Nous en avons besoin. Mme Haché a bien décrit ce dont on avait besoin. On a besoin de clauses robustes, un peu plus que des clauses avec du mordant. C'est ce dont nous avons besoin dans les ententes en matière de santé.

La sénatrice Moncion : Ma prochaine question s'adresse aux représentants du Carrefour 50+ Colombie-Britannique. Madame Dumas, vous avez dit qu'en 2016 la population francophone de la Colombie-Britannique était de 1 882 000 personnes et qu'en 2021, elle était 2 056 000 personnes. La population totale de la Colombie-Britannique est actuellement de 5 071 000 personnes. C'est presque la moitié de la population. En ajoutant 500 000 autres personnes francophones, ce sera presque la moitié de la population qui sera francophone en Colombie-Britannique. C'était une donnée que je n'avais pas. Je trouve cela assez extraordinaire, et je trouve quand même tout à fait aberrant que vous ayez autant de difficulté à obtenir des services de la part du gouvernement. Je ne sais pas s'il y a une question autour de cela.

Mme Dumas : Assurément, c'est un défi. On a des problèmes avec toutes les enveloppes. Même avec l'éducation, on a bien vu, ces dernières années, les sommes qui ont dû être dépensées pour nous prévaloir de nos droits en éducation; cela a coûté des millions de dollars pour la cause. Imaginez que s'occuper de la santé, ce n'est pas devenu une priorité du jour au lendemain, croyez-moi.

Voyez l'exemple du Foyer Maillard, un foyer établi par une communauté, avec un terrain offert par la communauté, par des francophones et pour des francophones.

Dès qu'on a dû le reconstruire, parce que l'immeuble était fatigué, les transferts d'argent sont venus de la régie de la santé locale, et comme c'est de l'argent qui vient de la province, les services et les droits qu'on avait acquis par le passé — parce qu'on faisait nos affaires nous-mêmes —, on les a perdus. En effet, on a de l'argent de la province, et pour eux, ce n'est pas une province qui est considérée comme bilingue, comme vous le savez. Il n'y a même pas de position ni de politique envers la francophonie en Colombie-Britannique.

Donc, tout ce qu'on doit toucher en Colombie-Britannique lorsqu'on doit traiter de la francophonie, c'est toujours un très gros défi, et ce, même s'il y a des ententes qui existent avec le gouvernement fédéral, comme dans le secteur de l'éducation.

M. Lapierre : Si vous me permettez d'apporter un complément d'information... Madame la sénatrice, merci pour votre question.

The numbers that you stated, 1 million and 2 million, that is the total population of the province; that includes all the people who are 50 years and older. Of that number, there are 32,355 who are 50 years of age and over who have declared French or French and English as their first language.

This puts us at about 74,640, or roughly 1.6% of the population. That's the problem for us: We are not considered numerous enough, but according to our way of seeing things, we still represent one of the two official languages. So, when we talk about posters that are displayed in several languages in different environments, and that there are sometimes up to 12 languages on a poster, but that French is absent from this list, we find this absurd in terms of the official languages of our country.

I wanted to clarify the numbers; it's partly the whole population versus the francophone portion.

The Chair: Thank you to the witnesses for their answers.

Senator Mégie: I welcome all of you as witnesses who are here to enlighten us for our study, and I thank you.

You have surely heard and read about the 2023-28 Action Plan for Official Languages. Do you know if the funding announced will be sufficient to help your organizations?

Ms. Dumas: When the minister toured Canada in French, it was unanimous. Everyone said that there were needs well beyond a 40% increase; however, with the new agreement, we will not go beyond 25%. There is still a shortfall to be able to function well and to do so in a professional and adequate manner.

I can say that yes, there is 25% more, but it is really below what was needed. When you consider that there hasn't been a real increase in over 14 years, it was necessary to do something for Canada, both in the provinces and in the territories.

Mr. Larocque: If I may add something to complete, the federal money, bravo, we applauded it, there are some good amounts in there. Is it enough? No, it will never be enough.

I must add that in some provinces, like mine, New Brunswick, when transfers are made to the province, it is another struggle for us to get what is due to us. Often, it becomes very difficult to ensure that the money goes to the right place and that it is properly distributed; this doubles the complications.

Les chiffres que vous avez énoncés, 1 million et 2 millions, c'est la population totale de la province; cela inclut l'ensemble des personnes de 50 ans et plus. De ce nombre, il y en a 32 355 qui ont 50 ans et plus qui ont déclaré avoir le français ou le français et l'anglais comme langue première.

Cela nous situe à environ 74 640, donc à plus ou moins 1,6 % de la population. C'est là que le bât blesse pour nous : on n'est pas considéré comme assez nombreux, mais selon notre façon de voir les choses, nous représentons quand même l'une des deux langues officielles. Alors, lorsqu'on parle d'affichage qui est fait dans plusieurs langues dans différents milieux, qu'il y a parfois jusqu'à 12 langues sur une affiche, mais que le français est absent de cette liste, nous trouvons cela aberrant en fonction des langues officielles de notre pays.

Je voulais apporter une précision sur les chiffres énoncés; c'est en partie l'ensemble de la population comparativement à la portion francophone.

Le président : Merci aux témoins pour leurs réponses.

La sénatrice Mégie : Je vous salue tous comme témoins qui viennent nous éclairer pour notre étude, et je vous remercie.

Vous avez sûrement entendu parler et lu le Plan d'action pour les langues officielles de 2023-2028. Savez-vous si les financements annoncés seront suffisants pour aider vos organisations?

Mme Dumas : Quand la ministre a fait sa tournée au Canada en français, c'était unanime. Tout le monde disait qu'il y avait des besoins bien au-delà de 40 % d'augmentation; pourtant, avec la nouvelle entente, on n'ira pas à plus de 25 %. Il y a encore un manque à gagner pour être en mesure de bien fonctionner et de le faire de façon professionnelle et adéquate.

Je peux dire que oui, il y a 25 % de plus, mais c'est vraiment en deçà de ce dont on avait besoin. Lorsqu'on considère qu'il n'y a pas eu de véritable augmentation depuis plus de 14 ans, il était nécessaire de faire quelque chose pour le Canada, tant dans les provinces que dans les territoires.

M. Larocque : Si je peux ajouter quelque chose pour compléter, l'argent du fédéral, bravo, nous l'avons applaudi, il y a de beaux sous là-dedans. Est-ce suffisant? Non, ce ne sera jamais suffisant.

Il faut ajouter que dans certaines provinces, comme la mienne, le Nouveau-Brunswick, lorsque les transferts se font vers la province, pour nous, c'est une autre lutte pour obtenir ce qui nous est dû. Souvent, cela devient très pénible de s'assurer que l'argent va au bon endroit et qu'il est bien distribué; cela double les complications.

Mr. Racine: In terms of health, the action plan provides for \$92 million to encourage the provinces to offer more services in French, particularly — and this is mentioned — through an action plan for care and services for seniors.

For the moment, it is very difficult to know how all this will work. We're waiting for more information, but we're hoping that it might be new initiatives. What we understand for the moment is that it would come under federal-provincial agreements. That remains to be seen and that is our interpretation; it is still early to really measure the full scope of the health action plan and its impact on francophone seniors.

Senator Mégie: Since each of you manages programs, for example, if there was a lack of money, is it possible to implement the plan by looking at all the existing programs with a francophone lens, to be able to meet the needs of your seniors and their caregivers? Would that be a possibility?

Mr. Lapierre: Thank you for the question, senator.

I should just mention that we already make requests that reflect the reality of what we are asked to provide in our communities. However, we are mainly governed by the regional offices of Canadian Heritage. They often tell us in the last few years: "Ask for the amount of money you consider essential to the services you want to offer to your target clientele."

However, we never get any additional money. It's as if the envelopes are all predefined. There was a time in our province when it was called "the pie." There was an amount of money in an envelope and you knew in advance who was going to get how much every year, or every two- or three-year cycle.

As Ms. Dumas mentioned, that didn't change for almost 15 years. There was an adjustment three or four years ago. That helped a lot, but it was a catch-up from the previous 15 years when there was no increase. Now there is a planned increase, but it is a maximum of 25%. Maybe we will only have 5%, or maybe we will have 10% or 25%.

However, there are also organizations that will receive new funding in areas targeted by the action plan. So, we do not know how this will be distributed across the country as we speak.

Senator Mégie: Thank you very much.

M. Racine : Sur le plan de la santé, on remarque, dans le plan d'action, qu'on prévoit 92 millions de dollars pour amener les provinces à offrir plus de services en français, notamment — et on le mentionne — au moyen d'un plan d'action pour les soins et services aux aînés.

Pour l'instant, c'est très difficile de savoir comment tout cela va s'articuler. On attend d'avoir plus d'informations, mais on espère que cela sera peut-être de nouvelles initiatives. Ce que l'on comprend pour l'instant, c'est que cela viendrait dans des ententes fédérales-provinciales. Cela reste à voir et c'est un peu notre interprétation; il est encore tôt pour vraiment mesurer toute l'ampleur du plan d'action sur la santé et de son impact pour les aînés francophones.

La sénatrice Mégie : Comme chacun d'entre vous gère des programmes, par exemple, s'il manquait des sous, est-ce possible de mettre en œuvre le plan en regardant tous les programmes existants avec une lentille francophone, pour être en mesure de répondre aux besoins de vos aînés et leurs proches aidants? Est-ce que ce serait une possibilité?

M. Lapierre : Merci pour la question, madame la sénatrice.

Je dois juste mentionner que faire des demandes qui reflètent la réalité de ce qu'on nous demande de servir dans nos communautés, on le fait déjà. Par contre, on est principalement régi par des bureaux régionaux de Patrimoine canadien. Ils nous disent souvent dans les dernières années : « Demandez le montant que vous jugez essentiel à l'offre de services que vous voulez offrir à votre clientèle cible. »

Par contre, on ne reçoit jamais de montant supplémentaire. C'est comme si les enveloppes étaient déjà toutes prédéfinies. Il fut une époque dans notre province où on appelait cela « la tarte », il y avait un montant dans une enveloppe et on savait d'avance qui allait recevoir combien chaque année, ou à chaque cycle de deux ou trois ans.

Comme Mme Dumas l'a mentionné, cela n'a pas bougé pendant près d'une quinzaine d'années. Il y a eu un ajustement il y a trois ou quatre ans. Cela a grandement aidé, mais c'était un rattrapage par rapport aux 15 années précédentes où il n'y avait pas eu d'augmentation. Maintenant, il y a une augmentation planifiée, mais elle est d'un maximum de 25 %. Peut-être que, chez nous, on en aura seulement 5 %, ou on en aura peut-être 10 % ou 25 %.

Cependant, il y a aussi des organismes qui vont recevoir un nouveau financement dans des secteurs préciblés par le plan d'action. Donc, on ignore comment tout cela sera réparti partout au pays au moment où l'on se parle.

La sénatrice Mégie : Merci beaucoup.

Jules Chiasson, Executive Director, Association francophone des aînés du Nouveau-Brunswick: I would like to add something to what Mr. Lapierre said. In New Brunswick, a good part of our funding is allocated to projects that are not just funded by Canadian Heritage or because of the linguistic situation of the community.

Of course, we have the New Horizons projects, and there are also projects from other departments that provide some funding to our projects.

As for the funds set aside for the language community by Canadian Heritage, they could indeed be increased.

To answer the question that was asked earlier about health and how funding could be improved, Bill C-13 does not really answer the question about the fact that the funds are intended exclusively for linguistic communities, because they go through fund transfers.

Treasury Board might be the only body that could make regulations to ensure that those transfers are really for official language minority communities.

The Chair: Just to clarify, basically, you're saying that under the regulations, Treasury Board could be more specific about how the funds are transferred and how they serve the populations that you serve yourself?

Mr. Chiasson: Yes, it could finally ensure that the transfers to the provinces are really intended to help official language minority communities. If the bill doesn't do that, Treasury Board could still make regulations that could do that.

The Chair: Before I give the floor to Senator Clement, I have a follow-up question to Senator Mégie's.

Of the programs that are funded by the Action Plan for Official Languages, are there any programs that are not permanent that you think should be permanent? Are there any programs that are funded by the Action Plan for Official Languages that you think should be permanent programs? Who would like to answer that question, if you have any information on that?

Mr. Racine: Are you asking about the health elements in the action plan or the action plan in general?

The Chair: The elements that would support the associations and the actions that you are taking in the health area, yes.

Mr. Racine: In the action plan, many health-related programs are being renewed.

Jules Chiasson, directeur général, Association francophone des aînés du Nouveau-Brunswick : J'aimerais ajouter un élément aux propos de M. Lapierre. Au Nouveau-Brunswick, une bonne partie de notre financement est allouée à des projets qui ne sont pas juste financés par Patrimoine canadien ou à cause de la situation linguistique de la communauté.

Bien sûr, nous avons les projets de Nouveaux Horizons, et il y a aussi des projets d'autres ministères qui accordent un peu de financement à nos projets.

Pour ce qui est des fonds réservés à la communauté linguistique par Patrimoine canadien, effectivement, ils pourraient être augmentés.

Pour répondre à la question qui a été posée plus tôt sur la santé et sur la façon dont on pourrait améliorer le financement, le projet de loi C-13 ne répond pas vraiment à la question sur le fait que les fonds sont destinés exclusivement aux communautés linguistiques, parce qu'ils passent par des transferts de fonds.

Il y aurait peut-être seulement le Conseil du Trésor qui pourrait prendre des règlements pour assurer que ces transferts sont vraiment destinés aux communautés linguistiques de langue officielle en situation minoritaire.

Le président : Pour préciser, dans le fond, vous dites que selon les règlements, le Conseil du Trésor pourrait être plus précis sur la façon dont les fonds sont transférés et sur la façon dont ils servent les populations que vous servez vous-mêmes?

M. Chiasson : Oui, il pourrait enfin s'assurer que les transferts aux provinces sont réellement destinés à aider les communautés de langue officielle en situation minoritaire. Si le projet de loi ne le fait pas, le Conseil du Trésor pourrait quand même adopter une réglementation qui pourrait le faire.

Le président : Avant de donner la parole à la sénatrice Clement, j'ai une question complémentaire à celle de la sénatrice Mégie.

Parmi les programmes qui sont financés par le Plan d'action pour les langues officielles, y a-t-il des programmes qui ne sont pas permanents et qui mériteraient de l'être, à votre avis? Y a-t-il certains programmes qui sont financés par le Plan d'action pour les langues officielles qui mériteraient d'être des programmes permanents? Qui voudrait répondre à cette question, si vous avez des informations à ce sujet?

M. Racine : Posez-vous la question sur les éléments de santé dans le plan d'action ou sur le plan d'action en général?

Le président : Les éléments qui pourraient soutenir les associations et les actions que vous posez dans le domaine de la santé, oui.

M. Racine : Dans le plan d'action, il y a beaucoup de renouvellement de programmes relatifs à la santé.

Some envelopes will be renewed, but many of our initiatives — we just found out, because we thought it was funding, but we have a program more focused on the social dimension — we thought it was a permanent program, but we just found out it wasn't. It's often through the action plan that you learn these things.

For us, it is a question of having as much permanence as possible in the funds granted, and that is not always easy. That's what we hope for. Unfortunately, in the new plan, even the \$92 million I was talking about earlier is one-time funding for the next five years; there's no commitment to renewal. We are very concerned about that. It will give us some momentum, but that's as far as we'll go.

The Chair: Thank you, Mr. Racine.

Mr. Lapierre: I would like to mention that even with respect to Canadian Heritage programming funds, we are not told from one time to the next that these are guaranteed amounts. When you talked about permanence, we can't think that these programming funds are permanent either. You always have to prove yourself from one time to the next.

I understand that some agencies perform better than others, certainly, and some need to be revised — I would dare say we have a sword of Damocles hanging over our heads at times.

The Chair: Thank you for that answer.

Senator Clement: Good evening, and thank you all for your testimony, for your careers and the work that you do. Thank you also for the answers you have given with respect to the language clauses. Your comments tonight are very important.

I am interested in intersectionality. Mr. Racine, you say that one can be a double or triple minority; that is easier to say. Do you do the data collection? What work needs to be done to assess the impact of being a double or triple minority, let's say being francophone, Black and older and having access to health services?

Mr. Racine: There are certain factors, especially in the case of newly arrived Black communities. It's not easy to navigate the health care system, especially when you don't speak English. Often, many of the newcomers who arrive in our communities can manage in French, but it is more difficult in English. This is quite a challenge and, as we know that more and more immigrants will arrive here, we will have to be more and more attentive to these needs. When you go to see a doctor and you don't speak English, or hardly at all, it's hard to know what's going on, especially since you're not very used to it.

Certaines enveloppes seront renouvelées, mais plusieurs de nos initiatives... On vient de l'apprendre, car on croyait que c'était du financement, mais on a un programme plus axé sur la dimension sociale... On pensait que c'était un programme permanent, mais on vient d'apprendre que ce ne l'était pas. C'est avec le plan d'action souvent que l'on apprend ce genre de choses.

Pour nous, il s'agit d'avoir le plus de permanence possible dans les fonds octroyés, et ce n'est pas toujours évident. C'est ce qu'on espère. Malheureusement, dans le nouveau plan, même les 92 millions de dollars dont je parlais plus tôt représentent du financement ponctuel pour les cinq prochaines années; il n'y a pas d'engagement de renouvellement. Cela nous inquiète énormément. Cela nous permettra de donner un élan, mais on ne pourra pas aller plus loin.

Le président : Merci, monsieur Racine.

M. Lapierre : J'aimerais mentionner que même en ce qui a trait aux fonds de programmation de Patrimoine canadien, on ne nous dit pas d'une fois à l'autre que ce sont des montants assurés. Lorsque vous parliez de permanence, on ne peut pas penser que ces fonds de programmation sont permanents non plus. Il faut toujours se prouver d'une fois à l'autre.

Je comprends que des organismes sont plus performants que d'autres, certes, et certains doivent être révisés — j'oserais dire que nous avons une épée de Damoclès au-dessus de la tête à certains moments.

Le président : Merci de cette réponse.

La sénatrice Clement : Bonsoir et merci à vous tous pour vos témoignages, pour vos carrières pour et le travail que vous faites. Merci aussi pour les réponses que vous avez données en ce qui a trait aux clauses linguistiques. Vos commentaires ce soir sont très importants.

Je m'intéresse à l'intersectionnalité. Monsieur Racine, vous dites qu'on peut être doublement ou triplement minoritaire; c'est plus facile à dire. Est-ce que vous faites la collecte de données? Quel travail faut-il faire pour évaluer l'impact d'être doublement ou triplement minoritaire, disons être francophone, noir et aîné et avoir accès aux services de santé?

M. Racine : Il y a certains éléments, surtout dans le cas des communautés noires nouvellement arrivées au pays. Ce n'est pas évident de se retrouver dans le système de santé, surtout lorsqu'on ne maîtrise pas l'anglais. Souvent, bon nombre des nouveaux arrivants qui arrivent dans nos communautés se débrouillent en français, mais c'est plus difficile en anglais. C'est tout un défi et, comme on sait qu'on aura de plus en plus attentifs à ces besoins. Lorsque vous allez voir un médecin et que vous ne parlez pas anglais, ou à peine, c'est difficile de savoir ce qu'il en est, d'autant plus qu'on n'est pas très habitué.

There's the whole cultural element to it, so it's not easy. I've heard from people in the LGBTQ communities that in terms of services, it's difficult, and when you go to the nursing homes, you have to go back into "the closet." That's the reality, because people who have a different identity are not easily accepted; you have to go back into the closet. It's very difficult and painful.

Not only do they not have services in French, but they also have to go back into the closet. It's not very interesting. This is a phenomenon that we don't just see in our communities, we see it in Quebec. Dany Turcotte is working on this. So, it is important.

Senator Clement: What do you do with these stories? What needs to be done to...

Mr. Racine: We need more sensitivity in the communities. We do a lot of that. When I came to the federation, we didn't talk about LGBTQ people; now we are talking about it more and more among the elders. What's interesting is that doctors have told us that the trans people who come to see us are very much in their 20s and in the other group, people in their 60s. There is a growing need in this area.

We need to be innovative in the models or the type of services offered. The federal government must help us to be much more innovative in our approaches and perspectives to reach francophone clients, especially doubly isolated francophones. I think there are many things that can be done, but the federal government must show leadership, not just in terms of transferring funds, but also in terms of having a discussion with the provinces to take them much further. Often, the unfortunate thing about health care is that we tend to reproduce the models of the majority, and we want francophones to be able to offer services in a vast territory using the same model as anglophones.

However, there is evidence that sometimes we can be innovative. I have seen communities propose new solutions and often, anglophones envy us when they see how creative and innovative we can be. The government still needs to allow us to show leadership in this area, get the provinces to think differently and fund initiatives that it would not necessarily fund on the English side. That is where we need to go; I think that is the future for francophones.

Senator Clement: So there is a blockage with the provinces?

Mr. Racine: Yes. Often, the provinces do not know. They know what to do for the majority, but for francophones, they are a bit ambivalent. We see this sometimes. With the federal government, we need to show leadership, have discussions and

Il y a tout l'élément culturel dans tout cela, donc ce n'est pas évident. J'ai reçu des témoignages de gens des communautés LGBTQ qui disaient que sur le plan des services, c'est difficile, et que lorsque vous allez dans les résidences de soins, vous devez regagner « le placard ». C'est la réalité, parce que l'on n'accepte pas facilement les gens qui ont une autre identité; il faut rentrer dans le rang. C'est très difficile et pénible.

Non seulement ils n'ont pas de services en français, mais ils doivent aussi regagner le placard. Ce n'est pas très intéressant. C'est un phénomène que l'on ne voit pas seulement dans nos communautés, on le voit au Québec. Dany Turcotte travaille là-dessus. Donc, c'est important.

La sénatrice Clement : Que faites-vous de ces histoires? Que faut-il faire pour...

M. Racine : Il faut plus de sensibilité dans les communautés. Cela, on en fait beaucoup. Lorsque je suis arrivé à la fédération, on ne parlait pas des personnes LGBTQ; maintenant, on en parle de plus en plus chez les aînés. Ce qui est intéressant, c'est que des médecins nous ont dit que les personnes trans qui viennent consulter se trouvent beaucoup parmi les jeunes dans la vingtaine et au sein de l'autre clientèle, les gens dans la soixantaine. Il y a de plus en plus de besoins de ce côté.

Il faut être novateurs dans les modèles ou le type de services proposés. Le gouvernement fédéral doit nous aider à être beaucoup plus novateurs dans les approches et les perspectives pour rejoindre la clientèle des francophones, surtout les francophones doublement isolés. Je pense qu'il y a beaucoup de choses qu'on peut faire, mais le gouvernement fédéral doit exercer un leadership, pas simplement pour le transfert de fonds, mais aussi pour entretenir une discussion avec les provinces pour les amener beaucoup plus loin. Souvent, le malheur en santé est que l'on tend à reproduire les modèles de la majorité, et on veut que les francophones puissent offrir des services dans un vaste territoire sur le même modèle que les anglophones.

Or, preuves à l'appui, parfois on peut être novateurs. J'ai vu dans des communautés que l'on proposait de nouvelles solutions et souvent, les anglophones nous envient quand ils voient à quel point on peut être créatifs et novateurs. Faut-il encore que le gouvernement nous permette de faire preuve de leadership en la matière, amène les provinces à penser autrement et finance des initiatives qu'il ne financerait pas nécessairement du côté anglophone? C'est ce vers quoi nous devons aller; je crois que c'est l'avenir pour les francophones.

La sénatrice Clement : Il y a un blocage avec les provinces, alors?

M. Racine : Oui. Souvent, les provinces ne savent pas. Elles savent quoi faire pour la majorité, mais pour les francophones, elles sont un peu ambivalentes. On le voit parfois. Avec le gouvernement fédéral, il faut exercer un leadership, avoir des

build on innovative models. I could name several, and if I am asked questions along these lines, I can answer them.

The Chair: Thank you. If you want the federal government to be more supportive of innovation and creativity, how would that be done? With specific programs? How do you imagine it, in concrete terms?

Mr. Racine: We just received funding for the Aging in Place Challenge program. We will probably sign an agreement. In short, it's a first. It's the first time we've gone into the communities to offer home support services with volunteers for francophone seniors. It's a first step, but I think it will lead us to new ways of offering services. Right now it's volunteer services, but they are thinking about how to provide home care.

If in 2019 I had come to you and said that the majority of medical consultations in Canada would be done via video conferencing, you would have said, "Come on, is that possible?" Yet we have lived it. The pandemic has shown us that we can take completely different approaches and models. They're promoting home-based services; does that mean it's going to be a doctor going from house to house, or is it going to be a doctor in the office providing services online? Instead, we would like to see a person or health support worker walking around with an iPad visiting patients. Instead of a professional, it could be people who help deliver those services; it could also be a whole care team of francophones who deliver online services to different people who are in their homes.

The Chair: Thank you, Mr. Racine, that makes the possible proposals clearer.

Senator Mockler: I want to add my comment to the witnesses who are here tonight. I would like to begin with a question for the three witnesses on new technologies.

In your opinion, do new technologies represent an opportunity for francophone seniors to receive health care in the language of their choice across the country?

Mr. Larocque: I will try to answer quickly. The short answer is yes, but we are not there yet. We have two categories of seniors in our population: people who are very comfortable with technology and people who are not comfortable at all. There is some learning and education to be done.

On the other hand, as Mr. Racine said, the pandemic has allowed us to do a lot of things remotely. Tonight, for example,

discussions et bâtir sur des modèles novateurs. Je pourrais vous en nommer plusieurs, et si on me pose des questions en ce sens, je pourrai y répondre.

Le président : Merci. Si vous voulez que le gouvernement fédéral soutienne davantage l'innovation et la créativité, ce serait de quelle manière? Avec des programmes spécifiques? Comment l'imaginez-vous pour que ce soit concret?

M. Racine : On vient de recevoir un financement pour le programme Défi « Vieillir chez soi ». On signera probablement une entente. Bref, c'est une première. C'est la première fois qu'on va dans les communautés pour offrir des services de soutien à domicile avec des bénévoles pour les aînés francophones. Or, c'est un premier pas, mais je pense que cela nous amènera à de nouvelles façons d'offrir des services. Il s'agit actuellement de services bénévoles, mais on réfléchit à la façon d'offrir des soins à domicile.

En 2019, j'étais venu vous voir et je vous ai dit que la majorité des consultations médicales au Canada se feront par vidéoconférence. Vous auriez dit : « Allons donc, est-ce possible? » Pourtant, nous l'avons vécu. La pandémie nous a montré que nous pouvons adopter des approches et offrir des modèles complètement différents. On fait la promotion des services à domicile; cela veut-il dire que ce sera un médecin qui se déplacera de maison en maison ou qu'il sera dans son bureau et qui offrira des services en ligne? Nous aurions plutôt une personne ou un soutien à la santé qui se promène avec un iPad pour visiter les patients. Au lieu d'avoir un professionnel, ce pourrait être des personnes qui aident à offrir ces services; on pourrait aussi avoir toute une équipe de soins formée de francophones qui offrent des services en ligne à différentes personnes qui sont à domicile.

Le président : Merci, monsieur Racine, cela rend les propositions possibles plus claires.

Le sénateur Mockler : Je veux joindre mon commentaire aux témoins qui sont présents ce soir. J'aimerais commencer par une question pour les trois témoins sur les nouvelles technologies.

Selon vous, est-ce que les nouvelles technologies représentent une occasion, pour les aînés francophones, de recevoir des soins de santé dans la langue de leur choix partout au pays?

M. Larocque : Je vais essayer de répondre rapidement. La réponse courte, c'est oui, mais nous ne sommes pas encore là. Nous avons, au sein de notre population, deux catégories d'aînés : des gens très à l'aise avec la technologie et d'autres qui ne le sont pas du tout. Il y a de l'apprentissage et de l'éducation à faire.

Par contre, comme le disait M. Racine, la pandémie nous a permis de faire plein de choses à distance. Ce soir, par exemple,

we are talking to each other from across the country and we are having a serious and meaningful conversation. We need to develop this aspect.

We also have to realize that there are a lot of communities where something as simple as high-speed Internet is not available. We need to look at those things, but yes, it's something that needs to be worked on.

I can do anything with my cell phone and people can receive services. It is not necessary to go to a hospital, where it is sometimes more dangerous for our health, if we can do it from home.

Ms. Dumas: During the pandemic, there was a project that Mr. Lapierre set up with the Red Cross to equip about 120 seniors with tablets. They then gave training to those who needed it, to better help them use this tool on a daily basis.

I can tell you that we have benefited a lot and that our seniors have really benefited. It broke the isolation, first of all, during the pandemic. They also learned things they didn't know. They know where to go to get the information they need, both in terms of health and other areas.

I think it's important to create these kinds of programs, like the one the Red Cross has created. It was really a win-win for us; it was very positive.

Senator Mockler: I will put my next question to the Association francophone des aînés du Nouveau-Brunswick. In a brief published in 2021, you talked about a lack of understanding on the issue of health care delivery. I quote:

Many administrators, service providers and health care professionals are not aware of the risks to francophone senior patients of not being able to communicate with them in their language. It is often assumed that French-speaking seniors can easily understand what is said to them in English, but this is not always the case.

In your opinion, is this too often the reality for francophone seniors in New Brunswick? What needs to be done with health care institutions to ensure that they respect the rights of francophone seniors in all regions of New Brunswick?

Mr. Larocque: That is a good question, Senator Mockler. I have had the opportunity to live in three different regions of New Brunswick: more francophone, more bilingual, more anglophone. In all cases, the answer is the same. Accessing services in French, even in francophone regions, can be a challenge. There must be political will and a will on the ground. We can't just have easy answers and say that New Brunswickers

nous nous parlons de partout au pays et nous avons une conversation sérieuse et sensée. Il faut développer cet aspect.

Il faut savoir aussi qu'il y a beaucoup de communautés dans lesquelles des services aussi simples qu'Internet haute vitesse ne sont pas disponibles. Il faut voir à ces éléments, mais oui, c'est un élément sur lequel il faut travailler.

Je peux faire n'importe quoi avec mon téléphone cellulaire et la clientèle peut recevoir des services. Ce n'est pas nécessaire d'aller dans un centre hospitalier, où c'est parfois plus dangereux pour notre santé, si on peut le faire de chez nous.

Mme Dumas : Durant la pandémie, il y a un projet que M. Lapierre a mis sur pied avec la Croix-Rouge pour équiper environ 120 aînés avec des tablettes. Ils ont donné par la suite des formations à ceux et celles qui en avaient besoin, pour mieux les aider à utiliser cet outil de façon quotidienne.

Je peux vous dire qu'on en a beaucoup profité et que nos aînés en ont vraiment profité. Cela a brisé l'isolement, en premier lieu, durant la pandémie. Ils ont aussi appris des choses qu'ils ne savaient pas. Ils savent comment aller puiser l'information dont ils ont besoin, tant sur le plan de la santé que sur d'autres plans.

Je pense que c'est important de créer ce genre de programme, comme celui que la Croix-Rouge a créé. C'était vraiment gagnant pour nous, cela a été très positif.

Le sénateur Mockler : Je vais poser ma prochaine question à l'Association francophone des aînés du Nouveau-Brunswick. Dans un mémoire publié en 2021, vous parliez d'un manque de compréhension quant à la question de la livraison des soins de santé. Je cite :

De nombreux administrateurs, fournisseurs de services et professionnels de la santé ne sont pas conscients des risques pour les patients aînés francophones de ne pas pouvoir communiquer avec eux dans leur langue. On tient souvent pour acquis que les aînés francophones comprennent sans difficulté ce qu'on leur dit en anglais, mais cela n'est pas toujours le cas.

Selon vous, est-ce que cette réalité est trop souvent présente pour les aînés francophones au Nouveau-Brunswick? Qu'est-ce qui doit être fait auprès des établissements de santé pour qu'ils respectent les droits des aînés francophones dans toutes les régions du Nouveau-Brunswick?

M. Larocque : C'est une belle question, sénateur Mockler. J'ai eu l'occasion de vivre dans trois régions différentes du Nouveau-Brunswick : plutôt francophone, plutôt bilingue, plutôt anglophone. Chaque fois, la réponse est la même. Avoir des services en français, même dans les régions francophones, peut être un défi. Il faut une volonté politique et une volonté sur le terrain. On ne peut pas seulement avoir des exemples faciles,

are bilingual and that they will understand. This is not true. As we get older, this is a faculty that disappears.

You have to work harder and harder to make sure that... Sometimes seniors are seen as a burden, because it is expensive to take care of them. When they are well and living in their own homes, they contribute to different degrees to society. It is necessary for governments to invest in the senior population. Providing services in French in a province where one third of the population is francophone, one would think that it would be easy and yet it is not.

Yes, there is a shortage, there are recruitment and retention of personnel to be done, but when you are playing with people's health, it must become a priority. It's a humanitarian issue, much more than an economic one.

Mr. Chiasson: I will add something. Even in terms of services in nursing homes... For example, one of our board members who lives in Fredericton was forced to put her mother in a Moncton facility so that she could have services in French. She has to drive two hours to visit her and two hours back home. French-language services should be available in Fredericton itself.

Over the past few years, more and more English-speaking employees have been hired in French-speaking nursing homes because there is a labour shortage. It has been noted that some francophone homes require an interpreter to provide these services in French. This has become critical recently.

With respect to home support services, there is also a real problem with receiving services in French, but it is sometimes just as difficult to receive services in certain communities.

We noticed this last week. We met with a person who offers training to nursing home attendants, but also to hospital attendants. She told us that Vitalité Network pays for training for hospital attendants and gives a \$10,000 bonus for these attendants to offer their services for two years, whereas for nursing home attendants, this is not done. They don't get a bonus and their training is not paid for. So we have a lot of difficulty recruiting.

In terms of retention, the Special Care Home Association told us that turnover was over 40% in long-term care homes and that it got worse during the pandemic.

Senator Mockler: I think we have a common denominator, and that is the improvement of French-language health services. Yesterday, I was in a home and I had the opportunity to speak

dire que les gens du Nouveau-Brunswick sont bilingues et qu'ils vont comprendre. C'est faux. En vieillissant, c'est une faculté qui disparaît.

Il faut de plus en plus travailler pour que... On voit parfois les aînés comme un fardeau, parce que cela coûte cher de s'en occuper. Lorsqu'ils sont bien et qu'ils vivent chez eux, ils contribuent à différents degrés à la société. C'est une nécessité pour les gouvernements d'investir dans la population aînée. Offrir des services en français dans une province où le tiers de la population est francophone, on pourrait croire que c'est facile et pourtant, ce n'est pas le cas.

Oui, il y a de la pénurie, il y a du recrutement et de la rétention de personnel à faire, mais lorsqu'on joue avec la santé des gens, il faut que cela devienne une priorité. C'est humanitaire beaucoup plus qu'économique.

M. Chiasson : Je vais ajouter quelque chose. Même sur le plan des services dans les foyers de soins... Par exemple, une membre de notre conseil d'administration, qui habite Fredericton, a été obligée de placer sa mère à Moncton pour qu'elle ait des services en français. Elle doit faire deux heures de route pour aller la visiter et deux heures pour retourner chez elle. On devrait pouvoir offrir des services en français à Fredericton même.

Au cours des dernières années, il y a eu de plus en plus d'employés anglophones embauchés dans les foyers de soins francophones, parce qu'il y a une pénurie de main-d'œuvre. On a remarqué qu'il fallait un interprète dans certains foyers francophones pour offrir ces services en français. C'est devenu critique récemment.

En ce qui concerne les services de soutien à domicile, là aussi, il y a un problème réel pour ce qui est de recevoir des services en français, mais c'est parfois tout aussi difficile de recevoir des services dans certaines communautés.

On l'a remarqué la semaine dernière. On a rencontré une personne qui offre une formation aux préposés des foyers de soins, mais aussi aux préposés des hôpitaux. Elle nous disait que le Réseau Vitalité paie la formation pour les préposés dans les hôpitaux et donne un boni de 10 000 \$ pour que ces préposés offrent leurs services pendant deux ans, alors que pour les préposés pour les foyers de soins, cela ne se fait pas. Ils n'ont pas de boni et on ne paie pas leur formation. On a donc beaucoup de difficulté à recruter.

En ce qui a trait à la rétention, l'Association des foyers de soins spéciaux nous a dit que le roulement était au-delà de 40 % dans les foyers de soins et que la situation s'est aggravée pendant la pandémie.

Le sénateur Mockler : Je pense qu'on a un dénominateur commun, et c'est l'amélioration des services de santé en français. Hier, j'étais dans un foyer et j'ai eu l'occasion de parler

with people who were receiving services and those who were providing them. I would like to hear your thoughts on this: As far as caregivers are concerned, if they were more present and if we opened the door to them, whether in special care homes or in residences for the elderly, would this be a step in the right direction?

Mr. Chiasson: Briefly, we have had a project for two years and we have a research relay with the Université de Moncton. Indeed, caregivers are not supported in any way by any province or by the federal government. There is no support to ensure that caregivers can continue to help parents.

We learned in a report that was published a few years ago that caregivers contribute 28.5 million hours of work per year. If we were to pay them minimum wage, this would represent over \$300 million.

I have a little anecdote about help for attendants in long-term care homes: We were told during the pandemic that the clients of a residence were complaining about the quality of the food. There was a lady and 12 other people from the community who offered their services to help a long-term care home because there was a labour shortage. The home refused the services saying that it was not allowed by the province.

Mr. Racine: I think it is in the best interest of the communities for community members to be able to enter the nursing homes. We see that it improves the health of seniors. For example, in Fort Smith, there is an amazing lady who comes into the classrooms; she shows the young people how to do a craft and then invites them to go into the residences and show the seniors how to do the craft.

It has a huge impact in the community. In the Yukon, they are very strong as well. They have a team of volunteers who meet with the francophone residents. We had to intervene at times, because the English-speaking workers did not understand what was going on. We volunteers were the ones who were able to clarify the situation to improve the lot of these people.

Senator Moncion: I have a big question about the erosion of services in relation to the privatization of long-term care and retirement residences, and the impact of the legislation that was passed in Ontario in the fall for patients in hospitals who do not have a place in a retirement residence. In effect, they're being placed anywhere there's a space, regardless of language or distance. Can you talk about that quickly?

Mr. Racine: My online colleagues are in a good position to talk about the situation in New Brunswick.

avec des gens qui recevaient des services et ceux qui les dispensaient. J'aimerais vous entendre là-dessus : pour ce qui est des proches aidants, s'ils étaient plus présents et si on ouvrait la porte de nos services, que ce soit dans les foyers de soins spéciaux ou dans les résidences pour les personnes âgées, est-ce que ce serait un pas dans la bonne direction?

M. Chiasson : Rapidement, on a eu un projet depuis deux ans et on a un relais de recherche avec l'Université de Moncton. Effectivement, les proches aidants ne sont appuyés d'aucune manière par aucune province ou par le gouvernement fédéral. Il n'y a aucun appui pour assurer que les proches aidants puissent continuer d'aider les parents.

On a appris, dans un rapport qu'on a publié il y a quelques années, que les proches aidants contribuent à 28,5 millions d'heures de travail par année. Si on devait les payer au salaire minimum, cela représenterait au-delà de 300 millions de dollars.

J'ai une petite anecdote sur l'aide des préposés pour les aînés dans les foyers de soins : on nous a raconté pendant la pandémie que les clients d'une résidence se plaignaient de la malbouffe. Il y a une dame et 12 autres personnes de la communauté qui ont offert leurs services pour aider un foyer de soins, parce qu'il y avait une pénurie de main-d'œuvre. Le foyer a refusé les services en disant que ce n'était pas permis par la province.

M. Racine : Je pense qu'on a tout intérêt à ce que les communautés puissent entrer dans les résidences de soins. On voit que cela améliore la santé des aînés. Par exemple, à Fort Smith, il y a une dame extraordinaire qui vient dans les classes; elle montre aux jeunes à faire un bricolage et les invite ensuite à se rendre dans les résidences et à montrer aux aînés à faire le bricolage.

Cela a un impact considérable dans la communauté. Au Yukon, ils sont très forts aussi. Il y a une équipe de bénévoles qui rencontrent les résidents francophones. On a dû intervenir à certains moments, parce que les intervenants anglophones ne comprenaient pas ce qui se passait. C'est nous, les bénévoles, qui avons pu éclaircir la situation pour améliorer le sort de ces personnes.

La sénatrice Moncion : J'ai une grande question qui concerne l'érosion des services par rapport à la privatisation des résidences de soins de longue durée et des résidences pour les personnes âgées et retraitées, et l'impact de la loi qui a été adoptée en Ontario à l'automne pour les patients dans les hôpitaux qui n'ont pas de place en résidence pour les personnes âgées. En effet, on les place à n'importe quel endroit où il y a une place, peu importe la langue et la distance à parcourir. Pouvez-vous en parler rapidement?

M. Racine : Mes collègues en ligne sont bien placés pour parler de la situation au Nouveau-Brunswick.

Mr. Larocque: As we speak, Bill-31 has been passed in New Brunswick. It gives the Department of Social Development full latitude to send medically discharged senior patients wherever it wants if there is no room in nearby homes near the families. Yet families can help their loved ones get served in their language. Indeed, the department can place people anywhere. That is a short answer, but unfortunately that is what is done in New Brunswick.

Mr. Racine: What is being done in Ontario right now is outrageous. I think they are isolating seniors from their families. When you go to a residence, you want to stay close to your community, and the fact that governments are isolating people and taking them wherever they please is unacceptable. I know that the Fédération des aînés et des retraités francophones de l'Ontario is working very hard on this issue.

The Chair: Ms. Haché, Ms. Dumas, Mr. Larocque, Mr. Chiasson, Mr. Lapierre and Mr. Racine, thank you for your comments and your answers to questions. I want to thank you, on behalf of my colleagues, for the work you do on behalf of and for aging people in this country. We have heard such unfortunate stories tonight that we will have to work tirelessly to improve their lot. A lot of that has to do with your organizations. Thank you, once again, for your contribution to the study we are conducting. On behalf of my colleagues and I, I wish you a good day.

(The committee adjourned.)

M. Larocque : Au moment où l'on se parle, le projet de loi n° 31 a été adopté au Nouveau-Brunswick. Ce dernier donne toute la latitude voulue au ministère du Développement social pour envoyer les patients aînés qui ont reçu leur congé médical où il veut, s'il n'y a pas de place dans les foyers avoisinants situés près des familles. Pourtant, les familles peuvent aider leurs proches à se faire servir dans leur langue. En effet, le ministère peut placer les gens n'importe où. C'est une réponse courte, mais c'est malheureusement ce qui se fait au Nouveau-Brunswick.

M. Racine : Ce qui se fait en Ontario actuellement est scandaleux. Je pense qu'on isole les personnes âgées de leur famille. Quand vous allez en résidence, vous voulez rester proche de votre communauté et le fait d'isoler les gens et les amener comme bon nous semble, pour les gouvernements, c'est inacceptable. Je sais que la Fédération des aînés et des retraités francophones de l'Ontario travaille très fort sur ce dossier.

Le président : Madame Haché, madame Dumas, messieurs Larocque, Chiasson, Lapierre et Racine, merci de vos interventions et de vos réponses aux questions. Je veux vous remercier, au nom de mes collègues, pour le travail que vous effectuez au nom et pour les personnes vieillissantes au pays. Nous avons entendu ce soir des histoires si malheureuses qu'il faudra travailler sans relâche pour améliorer leur sort. Cela passe beaucoup par vos organisations. Merci, encore une fois, de cette contribution à l'étude que nous menons. Au nom de mes collègues et moi, bonne fin de journée.

(La séance est levée.)
