

**EVIDENCE**

OTTAWA, Monday, May 29, 2023

The Standing Senate Committee on Official Languages met with videoconference this day at 5 p.m. [ET] to study matters relating to minority-language health services; and, in camera, to consider a draft agenda (future business).

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

[*Translation*]

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

[*English*]

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

[*Translation*]

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

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

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

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

**Senator Poirier:** Welcome. Rose-May Poirier from New Brunswick.

[*English*]

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

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

Tonight we continue our study on minority language health services. For our first panel, we are pleased to welcome Walter Duszara, President, and Katia Toimil-Bramhall, Executive Director, from Seniors Action Quebec, who are here in person. By video conference, we welcome Tenisha Valliant, President of the Black Community Resource Centre.

Good evening. Thank you for being with us. We will hear your opening remarks, starting with Mr. Duszara. A question-and-answer period will follow.

**TÉMOIGNAGES**

OTTAWA, le lundi 29 mai 2023

Le Comité sénatorial permanent des langues officielles se réunit aujourd'hui, à 17 heures (HE), avec vidéoconférence, pour étudier les services de santé dans la langue de la minorité; et à huis clos, pour étudier un projet d'ordre du jour (travaux futurs).

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

[*Français*]

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

[*Traduction*]

Avant de commencer, j'aimerais inviter les membres du comité qui participent à la réunion d'aujourd'hui à se présenter.

[*Français*]

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

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

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

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

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

[*Traduction*]

**Le président :** Merci, chers collègues. J'aimerais vous souhaiter à tous la bienvenue, et aussi à tous les téléspectateurs qui nous regardent.

J'aimerais souligner que la réunion se déroule sur le 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. Durant la première partie de la réunion, nous sommes heureux d'accueillir ici : M. Walter Duszara, président; et Mme Katia Toimil-Bramhall, directrice générale, d'Aînés Action Québec. Par vidéoconférence, nous accueillons Mme Tenisha Valliant, présidente du Centre de ressources de la communauté noire.

Bonsoir et bienvenue parmi nous. Nous sommes prêts à entendre vos déclarations préliminaires, en commençant par M. Duszara. Nous passerons ensuite à la période de questions des sénateurs et des sénatrices.

**Walter Duszara, President, Seniors Action Quebec:**  
Mr. Chair and senators, we thank you for this opportunity to speak with you on this important subject.

Seniors Action Quebec is a provincial not-for-profit organization that advocates for the needs of English-speaking seniors throughout Quebec. We collaborate with, support and bring together English-language community organizations working to maintain and enhance the vitality, well-being and health of English-speaking seniors. We work in partnership and harmony with community groups, institutions and government agencies to identify needs, gaps and shortcomings in service offerings for English-speaking seniors. We develop and propose policy solutions and policy alternatives in collaboration with our partners that address these needs. We monitor the impact of legislation, policy and program initiatives on English-speaking seniors. We work with all levels of government to identify and address challenges and strategic issues faced by English-speaking seniors.

We believe that every effort, action or gesture that identifies, addresses and responds to the particular needs of Quebec's English-speaking seniors contributes positively not only to the vitality of our own communities but to all communities in Quebec.

The recent pandemic came without warning and wreaked death and hardship indiscriminately upon human beings of all ages around the globe. Probably no one in this room has been unaffected or untraumatized to some degree by the ravages of this recent pandemic. Government arguments lauding their responses as being superior to those of other states are cold comfort to those who have lost family members and friends and to the many who continue to cope with the effects of the disease.

Seniors bore the brunt of the devastating effects of COVID. Seniors were the ones who suffered the greatest indignities and injustices as the pandemic ran its course. Public and private seniors' homes, nursing homes, long-term care facilities and hospital emergency rooms exposed their shortcomings and their abject state of preparedness at the start of the pandemic and in the months that followed. This must never be forgotten.

The pandemic brought into stark relief the fragility, value and importance of every human life and the dignity and justice every life deserves. We all deplored the examples of neglect and dereliction of responsibility we witnessed. We all shared in the pain of families who could not visit or comfort their aged loved ones. We all grieved with families and friends who could not participate in funerals. We all agreed that this was not right. We

**Walter Duszara, président, Aînés Action Québec :** Monsieur le président, sénatrices et sénateurs, merci de nous avoir invités à discuter avec vous de cet important dossier.

Aînés Action Québec est un organisme provincial à but non lucratif voué à la défense des besoins des aînés anglophones du Québec. Nous soutenons et rassemblons les organismes communautaires anglophones, en plus de collaborer avec eux, afin de protéger et d'accroître la vitalité, le bien-être et la santé des aînés anglophones. Nous travaillons en partenariat et en harmonie avec des groupes communautaires, des institutions et des organismes du gouvernement afin de cerner les besoins, les écarts et les lacunes relatifs à la prestation de services aux aînés anglophones. Nous élaborons et proposons des solutions et des options stratégiques, en collaboration avec nos partenaires, pour combler ces besoins. Nous surveillons les conséquences des lois, des politiques et des programmes sur les aînés anglophones. Nous travaillons avec tous les ordres du gouvernement pour cerner et régler les défis et les problèmes stratégiques auxquels les aînés anglophones sont confrontés.

Nous croyons que chaque effort, chaque mesure et chaque geste qui permet de cerner les besoins particuliers des aînés anglophones du Québec, de réagir puis de répondre à ces besoins, contribue de façon positive non seulement à la vitalité de nos propres communautés, mais aussi à celle de toutes les communautés du Québec.

Tout récemment, la pandémie a frappé sans avertir et a semé la mort et les difficultés sans distinction chez tous les êtres humains, de tous les âges, dans le monde entier. Il n'y a probablement personne dans cette pièce qui n'a pas été touché ou traumatisé jusqu'à un certain point par les ravages de la pandémie que nous venons de traverser. Les réponses du gouvernement, qui se targue d'être mieux intervenu que les autres États, offrent peu de réconfort à ceux qui ont perdu des membres de leur famille ou des amis ainsi qu'au grand nombre d'entre nous qui continuent de souffrir des effets de la maladie.

Les aînés ont le plus souffert des effets dévastateurs de la COVID. Ce sont eux qui ont subi le plus d'indignités et d'injustices durant la pandémie. Les faiblesses des maisons de retraite publiques et privées, des CHSLD, des centres d'hébergement et des salles d'urgence des hôpitaux ont été révélées au grand jour, tout comme leur préparation pitoyable au début de la pandémie et dans les mois qui ont suivi. Nous ne devons jamais l'oublier.

La pandémie a bien mis en relief la fragilité, la valeur et l'importance de chaque vie humaine, et le fait que toute vie mérite dignité et justice. Nous avons tous déploré les cas de négligence et les manquements dont nous avons été témoins. Nous avons tous partagé la douleur qu'éprouvaient les familles qui ne pouvaient pas visiter ou réconforter les personnes âgées qui leur sont chères. Nous avons partagé le chagrin des familles

all were reminded that disease and illness strike individual human beings randomly and without regard to age, status, origin or language. That was, will be and is the case today.

The Quebec health care system, though not perfect, offers care and services that were unimaginable a generation ago. Most Quebec citizens can access a wide range of medical, social and associated care services throughout the vast territory of the province. Most Quebec citizens have access to a support network of community-based services at the level of their municipality. Most Quebec citizens experience little difficulty in receiving information about available services. Most Quebec citizens are able to express their needs to staff within the various institutions providing health services. Most Quebec citizens feel at ease and welcomed in their various institutions, but not all.

Language is often the greatest barrier to access and the greatest source of distress. Access to health care and associated support services for English-speaking Quebecers is often difficult, particularly but not exclusively away from the Greater Montreal area. Unilingual French professional and support staff, French-language information services, information resources on health care and forms are insurmountable obstacles for many. English-speaking seniors are most vulnerable in this respect as they are often least capable in French.

Consequently, we recommend that new mechanisms, procedures and perspectives be developed and adopted by Canada, its provinces and territories to improve access to and the provision of health care and social services for minority-language seniors that would engage seniors directly as well as those working on their behalf and that would respect the principles of dignity and justice.

Furthermore, we recommend that these perspectives align with the 1946 Constitution of the World Health Organization, which envisaged “the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being ...” Acknowledging health as a human right would recognize a legal obligation on the state to ensure access to timely, accessible and affordable health care. It would affirm the state’s obligation to support the right to health, including the allocation of “maximum available resources” to progressively realize this goal. It would require that health policy and programs prioritize the needs of those furthest behind first to ensure greater equity. It would emphasize that the right to health must be enjoyed without discrimination on the

et des amis endeuillés qui n’ont pas pu célébrer les funérailles. Nous savions tous que cela était injuste. Cela nous a tous rappelés que les maux et les maladies frappent les humains sans discernement quant à l’âge, au statut social, à l’origine ou à la langue. Il en était ainsi hier, il en sera ainsi demain et il en est ainsi aujourd’hui.

Le système de santé québécois, sans être parfait, offre des soins et des services que la génération précédente aurait été incapable d’imaginer. La plupart des citoyens du Québec ont accès à un vaste éventail de services sociaux et médicaux et à des soins connexes sur tout le vaste territoire de la province. La plupart des citoyens québécois peuvent compter sur un réseau de soutien pour accéder aux services communautaires dans leur municipalité. La plupart des citoyens québécois ont généralement peu de difficultés à obtenir de l’information sur les services offerts, et la plupart peuvent exprimer leurs besoins au personnel dans les divers établissements où ils reçoivent des services de santé. La plupart des citoyens québécois se sentent à l’aise et bien accueillis dans leurs divers établissements, mais pas tous.

La langue est souvent le plus important obstacle à l’accès et la plus grande source de détresse. Les Québécois anglophones ont souvent de la difficulté à accéder aux soins de santé et aux services de soutien associés, en particulier — quoique pas exclusivement — à l’extérieur de la région métropolitaine de Montréal. Le personnel professionnel et de soutien unilingue francophone, les services d’information en français, les ressources d’information sur les soins de santé et les formulaires en français constituent des obstacles insurmontables pour beaucoup de gens. Les aînés anglophones sont les plus vulnérables, dans ce contexte, parce qu’ils ne maîtrisent souvent pas le français.

En conséquence, nous recommandons l’élaboration de nouveaux mécanismes, de nouvelles procédures et de nouvelles perspectives qui seront adoptés par le Canada, ses provinces et ses territoires afin d’accroître l’accès des aînés de langue minoritaire aux services de santé et aux services sociaux. Ces mécanismes, procédures et perspectives cibleront directement les aînés ainsi que ceux qui travaillent en leur nom, tout en respectant les principes de la dignité et de la justice.

Nous recommandons également d’aligner ces perspectives avec la Constitution de 1946 de l’Organisation mondiale de la santé, laquelle établissait que « la possession du meilleur état de santé qu’il est capable d’atteindre constitue l’un des droits fondamentaux de tout être humain [...] ». Le droit à la santé comprend l’accès, en temps utile, à des soins de santé acceptables, d’une quantité satisfaisante et d’un coût abordable. Cela confirmerait aussi que l’État a l’obligation de soutenir le droit à la santé, y compris en utilisant « au maximum les ressources disponibles » dans l’atteinte progressive de ce but. Cela suppose que, dans le cadre des programmes et des politiques en matière de santé, on priorise les besoins de ceux qui

grounds of race, age, ethnicity, language or any other factor. Non-discrimination and equality require the state to take steps to redress any discriminatory law, practice or policy. It would reiterate that a rights-based approach requires meaningful participation. Participation means ensuring that national stakeholders, including non-state actors such as community organizations, are meaningfully involved in all phases of programming, assessment, analysis, planning and implementation, monitoring and evaluation.

We would be pleased to engage with you and others to jointly pursue a deeper consideration of these recommendations.

Thank you.

**The Chair:** Thank you for your presentation, Mr. Duszara.

**Tenisha Valliant, President, Black Community Resource Centre:** Distinguished members of the Senate and fellow attendees, I stand before you today with the utmost respect and gratitude, acknowledging the important work you undertake in serving the people of Canada. It is an honour to address this committee as we delve into a critical topic that holds great significance for our linguistic-minority communities: minority-language health services.

I proudly serve as the president of the Black Community Resource Centre, a non-profit organization that since 1994 has been dedicated to serving the English-speaking Black population of Quebec. In addition to my role as president, I bring with me a wealth of expertise in community development.

Today I am delighted to shed light on the Black Community Resource Centre's Intergenerational Health and Social Program, a transformative endeavour that aims to enhance the lives and health of senior members in our community through a diverse array of workshops and activities.

Before I delve into our programming, it is crucial to revisit and understand the broader context in which it operates. As many of you know, linguistic minority communities across our nation face unique challenges when it comes to accessing health and social services, and our senior English-speaking Black community members feel and know this all too well. Accessing health care services can be particularly daunting for linguistic minority communities. Language barriers often create obstacles, limiting effective communication between health care providers and patients. This can lead to misunderstandings, misdiagnoses

ont le plus de retard, pour être le plus équitable possible. Cela mettrait l'accent sur le fait que les gens bénéficient du droit à la santé sans discrimination au motif de la race, de l'âge, de l'origine ethnique, de la langue ou de n'importe quel autre facteur. Aux fins de la non-discrimination et de l'égalité, l'État doit prendre des mesures pour corriger toute loi, pratique ou politique discriminatoires. Il doit réitérer qu'une approche axée sur les droits nécessite une participation réelle, c'est-à-dire qu'il faut s'assurer que les intervenants nationaux, y compris les parties ne relevant pas de l'État, comme les organismes communautaires, participent pleinement à toutes les étapes de l'élaboration des programmes, des mesures, des analyses, de la planification, de la mise en œuvre, de la surveillance et de l'évaluation.

Nous serons heureux de collaborer avec vous et avec les autres afin d'étudier ensemble plus en détail ces recommandations.

Merci.

**Le président :** Merci de nous avoir présenté votre déclaration, monsieur Duszara.

**Tenisha Valliant, présidente, Centre de ressources de la communauté noire :** Distingués membres du Sénat, chers collègues, je m'adresse à vous aujourd'hui avec énormément de respect et de gratitude. Je suis consciente du travail important que vous accomplissez pour servir les Canadiens et les Canadiennes. C'est un honneur pour moi de prendre la parole devant votre comité pour approfondir ce sujet crucial, qui a énormément d'intérêt pour nos communautés de langue minoritaire : les services de santé dans la langue de la minorité.

Je suis fière de servir le Centre de ressources de la communauté noire, ou le CRCN, en tant que sa présidente. Nous sommes un organisme à but non lucratif qui, depuis 1994, s'emploie à servir la population anglophone noire du Québec. En plus d'être présidente de l'organisme, j'ai aussi une riche expérience en développement communautaire.

Aujourd'hui, je suis heureuse de pouvoir braquer les projecteurs sur le programme social et de santé intergénérationnel du Centre de ressources de la communauté noire. Il s'agit d'une initiative formatrice visant à améliorer la vie et la santé des aînés de notre communauté, en leur offrant une gamme diversifiée d'ateliers et d'activités.

Avant de commencer à parler de nos programmes, je dois absolument exposer et vous faire comprendre le contexte général dans lequel nous les offrons. Comme beaucoup d'entre vous le savent, les communautés de langue minoritaire de notre pays se heurtent à des obstacles uniques au moment d'accéder aux services de santé et sociaux, et les membres âgés de notre communauté anglophone noire le savent et le ressentent au plus haut point. Il peut être tout particulièrement difficile pour les communautés de langue minoritaire d'accéder aux services de santé. Les barrières linguistiques créent souvent des obstacles,

and inadequate treatment, ultimately compromising the health outcomes of individuals within these communities.

Statistics from a report published by the BCRC's research project *Black in Quebec* highlight that 14% of English-speaking Quebecers are not at all satisfied with their experiences with the health care system in Quebec.

Moreover, as cultural competency plays a vital role in health care delivery, many of our senior members have expressed challenges collaborating with health care providers as they lack an understanding of the cultural nuances, values and beliefs that shape the experiences and health-seeking behaviours of Black linguistic minority communities. Many of our seniors have expressed their own experiences and fears of the potential risks they face, which can impact trust, patient engagement and the overall effectiveness of health care interventions.

At the heart of it lies a commitment to provide participants with engaging and educational experiences that empower our seniors to not only break the social and linguistic isolation that so many feel, but to help them confidently navigate the health and social systems in Quebec that are offered predominantly in French.

Finally, I would like to highlight our valuable partnerships with community stakeholders, including Dawson College student interns who collaborate with the BCRC student program to assist seniors in navigating various health and social programs. One notable program is the adaptive transportation service offered by the Société de transport de Montréal. Many seniors have expressed to us the challenges they face when trying to communicate with the system and its staff. This sadly exemplifies the difficulties they face due to the lack of comprehensive translation accommodations. Language barriers can prevent seniors from accessing critical services and support, leaving them feeling excluded and marginalized. Through our partnerships, particularly with Dawson College student interns, they are providing vital support and helping our seniors overcome these challenges, learn how to navigate the system and ensure that they can effectively utilize the transportation service. This collaboration is further emphasizing the pressing need for improved language translation services and accommodations to ensure equitable access to essential resources and services for all seniors.

empêchent les fournisseurs de soins de santé et les patients de communiquer efficacement, ce qui peut entraîner des malentendus, des diagnostics erronés et des traitements inadéquats et, au bout du compte, nuire à l'état de santé des membres de ces communautés.

Selon les statistiques fournies dans un rapport publié par le CRCN dans le cadre du projet de recherche *Black in Quebec — Noir au Québec* —, 14 % des Québécois anglophones ne sont pas du tout satisfaits de leurs expériences dans le système de soins de santé au Québec.

En outre, la compétence culturelle joue un rôle de premier plan dans la prestation des soins de santé, et c'est pourquoi, bon nombre de nos aînés ont dit avoir de la difficulté à collaborer avec les fournisseurs de soins de santé, qui comprennent mal les nuances culturelles, les valeurs et les croyances qui façonnent les expériences et les comportements des communautés noires de langue minoritaire qui demandent des soins de santé. Beaucoup de nos aînés nous ont parlé de leurs expériences et de leurs craintes face aux risques potentiels auxquels ils s'exposent, et cela peut avoir comme effet de miner la confiance, l'engagement des patients et l'efficacité générale des interventions en santé.

La raison d'être fondamentale de ce projet est un engagement à fournir aux participants des expériences mobilisatrices et éducatives qui donneront à nos aînés la capacité non seulement de briser l'isolement social et linguistique ressenti par un si grand nombre d'entre eux, mais aussi de les aider à naviguer avec confiance dans les systèmes de santé et sociaux du Québec, lesquels sont offerts principalement en français.

Enfin, j'aimerais souligner que nous entretenons de précieux partenariats avec les intervenants de la communauté, y compris les stagiaires du Collège Dawson, qui collaborent avec le programme étudiant du CRCN pour aider les aînés à comprendre les divers programmes de santé et sociaux. Un programme à mentionner est celui du service de transport adapté offert par la Société de transport de Montréal. De nombreux aînés nous ont dit qu'ils avaient de la difficulté à communiquer dans ce système et avec son personnel. Cela reflète tristement les difficultés auxquelles ils se heurtent lorsqu'il n'y a pas de services de traduction complets. Les obstacles linguistiques peuvent empêcher les personnes âgées d'accéder à des services et à du soutien essentiels, et ils se sentent par conséquent exclus et marginalisés. Grâce à nos partenariats, en particulier notre partenariat avec les stagiaires du Collège Dawson, nous fournissons de l'aide et un soutien crucial à nos aînés pour qu'ils puissent surmonter ces difficultés, apprendre à naviguer dans le système et utiliser efficacement le service de transport. Cette collaboration met aussi l'accent sur le besoin pressant d'améliorer les services de traduction et les mesures d'adaptation pour veiller à ce que tous les aînés aient un accès équitable aux ressources et aux services essentiels.

In conclusion, honourable senators and distinguished attendees, I would like to express my heartfelt appreciation for the opportunity to address this committee today. This discussion on minority language health services is of the utmost importance, and I am grateful for your commitment to exploring solutions to address the challenges faced by minority language communities. We advocate at the BCRC for increased funding and support for minority language health service programs that cater to the unique needs of linguistic minority communities. Adequate resources and funding will enable organizations like ours to continue to do the work we do, expand our reach, offer comprehensive services and improve health outcomes for marginalized communities.

**The Chair:** Thank you, Ms. Valliant, for your opening statement.

Before we start questions from senators, I would ask members in the room to please refrain from leaning in too close to their microphone or to remove their earpiece when doing so. This will avoid any sound feedback that could negatively impact the committee staff in the room.

I suggest for the first round that each senator be allowed five minutes including question and answers.

**Senator Poirier:** Thank you all for being here and for your presentations. It is greatly appreciated.

My first question is — and either one or both can answer — have you received any support from the federal government under the Health Canada Official Languages Health Program? Have you received funding at all?

**Mr. Duszara:** As an organization, no. We have received funding from Heritage Canada, but not from Health Canada.

**Senator Poirier:** What are your expectations regarding the increase in English language health funding provided for in the Action Plan for Official Languages 2023-28?

**Mr. Duszara:** Speaking as an organization, we have no expectations in that regard. We recognize that the resources that have been distributed to our colleagues are probably inadequate given the changes in circumstances over the last three or four years and with the rise in costs. One of the realities all of our colleagues have experienced in the past is that the resources don't keep up with the increase in costs that are there and, as a result, more and more is needed from volunteers. One of the impacts of the pandemic has been to reduce the number of people who are prepared to volunteer. One of the groups we

En conclusion, honorables sénateurs et distingués participants, je tiens à exprimer ma profonde gratitude d'avoir été invitée à témoigner devant le comité aujourd'hui. Cette discussion sur les services de santé dans les langues minoritaires est de la plus haute importance, et je suis reconnaissante que vous vous soyez engagés à trouver des solutions aux problèmes des communautés de langue minoritaire. Au CRCN, nous réclamons plus de fonds et de soutiens pour des programmes de services de santé de langue minoritaire adaptés aux besoins uniques des communautés de langue minoritaire. Des ressources et un financement adéquats permettront aux organismes comme le nôtre de poursuivre leur travail, d'accroître leur portée et d'offrir des services complets ainsi que d'améliorer les résultats en matière de santé pour les communautés marginalisées.

**Le président :** Merci, madame Valliant, de votre déclaration.

Avant que les sénateurs commencent à poser leurs questions, j'aimerais demander aux membres présents dans la salle de bien vouloir éviter de trop s'approcher du micro; si vous le faites, veuillez enlever votre oreillette. Nous éviterons ainsi la rétroaction acoustique, qui pourrait nuire au travail du personnel du comité dans la salle.

Je propose, pour le premier tour, d'accorder à chaque sénateur cinq minutes pour poser des questions et écouter les réponses.

**La sénatrice Poirier :** Merci à tout le monde d'être ici et merci de vos déclarations. Nous vous en sommes très reconnaissants.

Voici ma première question — et vous pouvez tous répondre — : avez-vous reçu du soutien du gouvernement fédéral, dans le cadre du Programme pour les langues officielles en santé de Santé Canada? Avez-vous reçu du financement, peu importe le montant?

**M. Duszara :** Pas en tant qu'organisme, non. Nous avons reçu du financement de Patrimoine canadien, mais pas de Santé Canada.

**La sénatrice Poirier :** Quelles étaient vos attentes pour ce qui est de l'accroissement du financement des soins de santé en anglais qui était prévu dans le Plan d'action pour les langues officielles de 2023-2028?

**M. Duszara :** Pour parler au nom de mon organisme, nous n'avons aucune attente à cet égard. Nous reconnaissons que les ressources qui ont été distribuées à nos collègues sont probablement inadéquates, compte tenu de l'évolution des circonstances depuis les trois ou quatre dernières années et de l'augmentation des coûts. Une réalité que tous nos collègues ont vécue dernièrement est que les ressources ne suivent pas le rythme de l'augmentation des coûts et que, en conséquence, nous en demandons toujours plus aux bénévoles. L'une des conséquences de la pandémie est que moins de gens sont prêts à

dealt with said they had 150 volunteers on staff prior to the pandemic to do what they needed to do, and barely were able to do it, and now they are down to 60. The impact has been dramatic in many circumstances. Consequently, we can only ask for an appropriate increase across the board to all organizations for funding.

**Senator Poirier:** Is it a challenge right now for the health facilities in communities to have access to skilled professionals and health care personnel with the ability to communicate in both languages? Is that a challenge?

**Mr. Duszara:** I believe it is a challenge for the system to have enough professionals to be able to offer services in general. Nursing staff, medical staff and so on appears to be in short supply, and that was very evident during the pandemic. When you add to that the need for English-speaking or bilingual medical staff, it becomes a greater challenge, and it becomes a greater challenge to all institutions across the province.

The other problem that we face is that a lot of the materials, the information, is not available to patients in the language of their choice, and in the English language in the case of our community. A lot of the regulations and legislation that Quebec has adopted over the last 30 or 40 years serves to make it more difficult for the English-speaking community to access medical services that respond to their needs. The problem is complex.

**Ms. Valliant:** I would like to comment on the capacity of the current staff in the health care system to address patients in English. To answer your question, no, because every time we hear from our members and speak to our community, the issue continues that there's just not enough access to services in their language. I echo that answer.

**Senator Poirier:** Is post-secondary education in Quebec to help the recruitment or the encouragement of students to study in the English language to answer to the need something that's looked at? Are there enough seats there? Is that a possibility?

**Mr. Duszara:** I don't feel I am competent to speak to that on behalf of our organization.

**Senator Moncion:** My question is on information about the health care received. We have heard that the same situation that you're explaining in Quebec also exists in Ontario and other areas in Canada. Do you have statistics and data on the problems of accessing these services from English Quebecers?

**Mr. Duszara:** We have recently submitted a brief to the Quebec government outlining what, in our opinion, are the specific challenges of the English-speaking community. This is

faire du bénévolat. L'un des groupes avec qui nous avons discuté nous a dit qu'il avait un effectif de 150 bénévoles avant la pandémie et que cela suffisait à peine à combler ses besoins, et qu'il n'en a maintenant plus que 60. Il y a eu des conséquences dramatiques dans de nombreuses circonstances. Par conséquent, nous pouvons seulement demander une augmentation appropriée du financement, de A à Z, pour tous les organismes.

**La sénatrice Poirier :** Est-ce un défi présentement pour les établissements de santé dans les collectivités de trouver des professionnels et du personnel soignant qualifiés, capables de communiquer dans les deux langues? Est-ce un défi?

**M. Duszara :** Je pense que, dans le système, c'est un défi d'avoir suffisamment de professionnels pour offrir des services en général. Il semble y avoir une pénurie de personnel infirmier, de personnel médical, de personnel divers; c'était très évident durant la pandémie. Si vous ajoutez à cela le besoin d'avoir du personnel médical anglophone et bilingue, c'est un défi encore plus grand, et cela, pour tous les établissements de la province.

Un autre problème pour nous est qu'il y a beaucoup de documents et d'informations qui ne sont pas offerts aux patients dans la langue de leur choix, c'est-à-dire en anglais dans le cas de notre communauté. Un bon nombre de règlements et de lois adoptés au Québec au cours des 30 ou 40 dernières années font en sorte qu'il est plus difficile pour la communauté anglophone d'avoir accès à des services médicaux adaptés à ses besoins. C'est un problème complexe.

**Mme Valliant :** J'aimerais faire un commentaire sur la capacité du personnel actuel du système de santé de parler aux patients en anglais. Pour répondre à votre question, je dois dire non, parce que chaque fois que nous entendons des membres de notre communauté ou que nous leur parlons, le problème est toujours qu'il n'y a pas suffisamment d'accès aux services dans leur langue. Je dirais donc la même chose.

**La sénatrice Poirier :** A-t-on regardé du côté de l'enseignement postsecondaire au Québec, pour ce qui est d'aider à recruter du personnel et à encourager les étudiants à étudier en anglais, pour qu'ils puissent répondre aux besoins? Est-ce qu'il y a assez de places? Est-ce que c'est une possibilité?

**M. Duszara :** Je ne crois pas avoir la compétence de m'exprimer là-dessus au nom de notre organisme.

**La sénatrice Moncion :** Ma question porte sur l'information sur les soins de santé donnés. D'après ce que nous avons entendu, la situation que vous décrivez au Québec est la même en Ontario et dans d'autres régions du Canada. Avez-vous des statistiques et des données sur les problèmes d'accès aux services pour les Québécois anglophones?

**M. Duszara :** Nous avons récemment présenté un mémoire au gouvernement du Québec expliquant quels sont, à notre avis, les problèmes précis de la communauté anglophone. C'est entre les

now in their hands, as we speak, and is being studied in the context of preparing their next action plan for services to seniors in Quebec. We would be able and prepared to make that document available to you if you like.

What I can say is that the situation in terms of access is variable. It is more acute in the regions because we have smaller communities and sometimes people forget that there are English speakers in every region of Quebec. There isn't a single region where there aren't English-speaking people.

The other factor important to keep in mind from the point of view of seniors is that seniors who are English speaking often find themselves in a restricted community in the sense that their children and grandchildren are oftentimes away from the towns and villages where they live and are not available as a first line of support when problems happen and when issues of health and disease strike them. Community groups in the area who support seniors, English-speaking community groups, are active in doing what they can, but again, they are under-resourced. It is not unusual for somebody in the Gaspé having to go for medical services in Quebec City, and that is a day's journey by airplane. The train isn't there any more. Sometimes to get from a village to a hospital centre, you're looking at 100 kilometres. If you don't have someone able to drive you, you can't get there. One of the biggest impacts on seniors is the inability to drive. You reach a point where you can't drive yourself, and in that case your isolation is almost complete.

As seniors age, they lose their support networks, friends and colleagues and become more and more isolated. This is a real problem in many municipalities as the age of seniors is increasing over time. This problem is not a new problem that has been identified by the community. It's a problem that recurs, and now it has become more acute, and we seem not to be able to have the right conversation. The conversation we have is with numbers, bureaucrats and statistics, and it's not a conversation that you have about values and the impact on human life.

That's a dimension that we brought in our opening statement. We think we need to be able to talk to one another differently. We need to be able to reach one another as human beings. We need to be able to respect the precepts that we signed up to in the declaration of human rights. We need to be able to support the orientations that look at health as a right of a human being. I know it's not a right in our Constitution, and I know that's a big step to take, but at least we can align our discourse, the way we speak to one another, in such a way that it respects the notion that people have a right and that it's not a service that is provided from on high to an individual.

mains du gouvernement maintenant, à l'heure actuelle, et il l'étudie dans le cadre de l'élaboration de son prochain plan d'action sur les services aux aînés du Québec. Nous pourrions vous transmettre ce document, si vous le voulez.

Ce que je peux dire, c'est qu'en matière d'accès, la situation est variable. Le problème est plus prononcé dans les régions, parce que les collectivités sont plus petites et que les gens oublient parfois qu'il y a des anglophones dans toutes les régions du Québec. Il n'y a aucune région où il n'y a pas d'anglophones.

Un autre facteur important à garder à l'esprit, à l'égard des aînés, est que les aînés anglophones se retrouvent souvent dans des communautés restreintes, c'est-à-dire que leurs enfants et leurs petits-enfants vivent souvent loin du village où eux-mêmes vivent et ne sont donc pas disponibles en tant qu'aidants de première ligne lorsque les aînés ont des problèmes ou des troubles de santé ou qu'ils sont malades. Il y a des groupes communautaires locaux pour soutenir les aînés, des groupes communautaires anglophones, et ils font activement ce qu'ils peuvent, mais, je le répète, ils n'ont pas suffisamment de ressources. Il n'est pas inhabituel qu'un résident de Gaspé doive se rendre à Québec pour obtenir des services médicaux; c'est un trajet d'une journée en avion. Il n'y a plus de train désormais. Parfois, le centre hospitalier le plus proche d'un village se trouve à 100 kilomètres. Si vous n'avez personne pour vous conduire, vous ne pourrez pas vous y rendre. C'est l'incapacité de conduire qui a de lourdes conséquences pour les aînés. À un certain moment, vous ne pouvez plus conduire vous-même, et lorsque ce moment arrive, vous êtes pratiquement complètement isolé.

À mesure qu'ils vieillissent, les aînés perdent leurs réseaux de soutien, leurs amis et leurs collègues, et ils deviennent de plus en plus isolés. C'est un véritable problème dans beaucoup de municipalités, puisque les aînés vivent de plus en plus vieux. Ce n'est pas un problème nouveau que la collectivité vient de cerner; c'est un problème récurrent, qui est devenu maintenant très préoccupant, et pourtant, nous semblons incapables d'avoir une bonne discussion à ce sujet. Nous avons des discussions avec des chiffres, des fonctionnaires et des statistiques, mais pas sur les valeurs et les conséquences sur la vie humaine.

C'est une dimension que nous avons mentionnée dans notre déclaration préliminaire. Nous pensons que nous devons pouvoir échanger différemment. Nous devons pouvoir communiquer ensemble en tant qu'êtres humains. Nous devons pouvoir respecter les préceptes que nous nous sommes engagés à respecter en signant la Déclaration des droits de la personne. Nous devons pouvoir soutenir les approches selon lesquelles la santé est un droit de la personne. Je sais que ce n'est pas un droit dans notre Constitution, et je sais que c'est un grand pas à franchir, mais nous pourrions au moins aligner notre discours, la façon dont nous échangeons, de façon à respecter la notion que les gens ont un droit et que ce n'est pas un service qui est offert à une personne par une instance supérieure.



Every single human being should be able to have the same access in Quebec to the services that every single human being in Quebec pays for through their taxes; the reality is we don't have that access. The reality is that there are people who suffer because there is no access to that. Our colleague mentioned that just a few minutes ago. There are people who suffer and do not have the services that their neighbour has, and that's just not right. We need to be able to talk about that in a frank way and in a way that we listen to one another and we don't fall back on rules and regulations. We look at the impact of the rules on the human being.

Justice Abella talked about this a few weeks ago in a statement or an interview that she had. She says laws are just rules. It's the impact they have on the human being that makes them just or not. There are injustices and indignities that people are suffering today as we sit here because of language barriers that are there that don't need to be there and that should not be there from our point of view. There should not be a discussion around the politics of language when it comes to health services. This should not be something that is an obstacle. It's just not right.

**Senator Moncion:** Thank you. I was going to ask about the ear of the government. How open or not open are they to changes?

**Mr. Duszara:** Sometimes I think that people will say the right things when you talk to them, but when it comes down to seeing services on the ground, they're not there. There are always arguments and obstacles, and they set up barriers, move the goal posts and put in restrictions, or it becomes something that is supposed to be done by someone else. At the end of the day, things don't change. It's Groundhog Day all over again. This is the problem that we have. We feel that unless we turn the page and do something different, the page is going to be blank and we're going to go right back to Groundhog Day. Things don't change.

**Ms. Valliant:** You were asking about statistics and data. One of the things we have been doing at the Black Community Resource Centre is trying to collect race-based data because I am representing this community of linguistic minorities but also of visible minorities. In the Quebec health care system, they do not collect race-based data. We are working hard to be able to collect data on the experiences of the English-speaking Black community in particular. We hope to have some statistics to just strengthen the case that we make here today.

Tout être humain devrait avoir le même accès au Québec aux services que tous les autres êtres humains au Québec paient avec leurs impôts, mais la réalité est que ce n'est pas le cas. La réalité, c'est qu'il y a des gens qui souffrent, parce qu'ils n'y ont pas accès. Notre collègue vient de le mentionner il y a à peine quelques minutes. Il y a des gens qui souffrent et qui n'ont pas accès aux services, alors que leurs voisins, oui, et c'est tout simplement injuste. Nous devons pouvoir en discuter franchement, en étant réceptifs et en évitant d'invoquer les règles et les règlements. Nous devons regarder les conséquences des règles sur les êtres humains.

Il y a quelques semaines, la juge Abella a abordé le sujet dans une déclaration, ou alors lors d'une entrevue. Elle a dit que les lois ne sont que des règles. Ce sont les conséquences qu'elles ont sur les êtres humains qui font qu'elles sont justes ou non. Il y a des gens qui subissent aujourd'hui des injustices et des indignités, pendant que nous sommes ici à cause des barrières linguistiques qui existent, qui n'ont pas à exister et qui ne devraient pas exister, selon nous. Il ne devrait y avoir aucune discussion à teneur politique sur les langues quand il est question des services de santé. Cela ne devrait pas être un obstacle. C'est tout simplement injuste.

**La sénatrice Moncion :** Merci. J'allais justement vous poser une question sur l'écoute du gouvernement. À quel point le gouvernement est-il ouvert ou fermé aux changements?

**M. Duszara :** Parfois, j'ai l'impression que les gens disent les bonnes choses, quand on leur parle, mais que, lorsqu'il est temps de voir les services sur le terrain, ils n'y sont plus. Il y a toujours des arguments et des obstacles, mais ce sont eux qui élèvent des barrières, redéfinissent les objectifs et imposent des restrictions, ou alors ils disent que c'est à quelqu'un d'autre de s'en occuper. Au bout du compte, rien ne change. C'est comme le jour de la marmotte. C'est cela, notre problème. Nous avons l'impression que, si nous ne changeons pas et si nous n'agissons pas différemment, rien ne va se faire, et le jour de la marmotte va recommencer. Les choses ne changent pas.

**Mme Valliant :** Vous avez parlé des statistiques et des données. Une chose que nous avons faite, au Centre de ressources de la communauté noire, c'est essayer de recueillir des données ventilées selon la race, parce que je représente une communauté de minorité linguistique, mais aussi des minorités visibles. Dans le système de santé québécois, on ne recueille pas des données ventilées selon la race. Nous travaillons dur pour recueillir des données sur les expériences des personnes de la communauté noire anglophone en particulier. Nous espérons que nous aurons quelques statistiques pour appuyer les arguments que nous présentons ici aujourd'hui.

[Translation]

**Senator Mégie:** My first question is for Mr. Duszara. I've heard you talk about people who have serious health problems and have to leave the Gaspé for treatment in Quebec City.

I'd like to know if it's just a language problem or if it's more of a health resource problem, because I hear a lot about these resource problems in Quebec, whether it's for people who speak French, English or any other language. You seem to emphasize that it's only a linguistic issue. I'd like you to give us a little more detail on that.

[English]

**Mr. Duszara:** The resources are lacking throughout the province. However, if you are in a community where there is a health centre, a CLSC or a medical centre, and the staff, whatever limits they have, are able to communicate with you in French because you are French-speaking, you have access to what is there. The anglophone who can't speak French and is faced with the same resource can't access it because no one is there to interpret it for him and no one is there to be able to explain things to them because there is no one who has the linguistic capacity to do that. Consequently, the unilingual anglophone in whatever situation you find yourself in resources has a deficit, if you like, in terms of their accessibility to the services that are there. That's not to say that there is a lack of resources or services throughout. It's just that they are seen to be kind of biased against the anglophone who is unilingual. Children living in Sherbrooke can have access to speech pathologists in Sherbrooke if they are French speaking. English-speaking children have limited access and have to go to Montreal to get that. Psychological/psychiatric services are the same. Sometimes as a francophone you may be on a waiting list for months, but as an anglophone that could be years.

There is an injustice in the system, and this injustice in the system has been existing there for years and years, and we're suggesting that going forward we have to address that in a different way, in a way that respects the dignity of human rights, of the human being, and the principles of justice that we signed up to as a country. We speak of our just society, which is an old term but some of us still remember it.

[Français]

**La sénatrice Mégie :** Ma première question s'adresse à M. Duszara. Je vous ai entendu parler de gens qui ont de graves problèmes de santé et qui doivent partir de la Gaspésie pour aller se faire soigner à Québec.

J'aimerais savoir si c'est seulement un problème linguistique ou si c'est plutôt un problème de ressources en matière de santé, parce que j'entends beaucoup parler de ces problèmes de ressources au Québec, que ce soit pour des gens qui parlent français, anglais ou toute autre langue. Vous semblez souligner que c'est seulement une question linguistique. J'aimerais que vous nous donniez un peu plus de détails à ce sujet.

[Traduction]

**M. Duszara :** Il y a un manque de ressources dans toute la province. Toutefois, si vous vivez dans une collectivité où il y a un centre de santé, un CLSC ou un centre médical, et que le personnel, malgré les limites avec lesquelles il doit travailler, peut communiquer avec vous en français parce que vous êtes francophone, alors cela veut dire que vous avez accès aux services offerts. L'anglophone qui ne parle pas français ne peut pas accéder à ces mêmes ressources, parce qu'il n'y a personne pour faire l'interprète, et il n'y a personne pour lui expliquer quoi que ce soit, parce que personne n'a les compétences linguistiques pour cela. Par conséquent, un unilingue anglophone, peu importe sa situation, a accès à moins de ressources, disons, malgré les services qui sont offerts. Cela ne veut pas dire qu'il y a globalement un manque de ressources ou de services. C'est simplement qu'on peut dire qu'il y a une sorte de parti pris contre les unilingues anglophones. Les enfants qui vivent à Sherbrooke peuvent consulter un orthophoniste à Sherbrooke s'ils sont francophones, mais les enfants anglophones ont peu d'accès à ce genre de services et doivent aller à Montréal. Cela vaut aussi pour les services psychologiques ou psychiatriques. Si vous êtes francophone, peut-être que vous allez être sur une liste d'attente pendant des mois, mais pour un anglophone, cela peut être pendant des années.

Le système est injuste, et cela fait des années et des années qu'il y a cette injustice dans le système; ce que nous proposons, désormais, c'est de prendre de nouvelles mesures pour régler cette situation, d'une façon qui respecte la dignité des droits de la personne et des êtres humains et les principes de la justice que nous nous sommes engagés à respecter en tant que pays. Nous disons que nous avons une société juste; c'est une vieille expression, mais certains d'entre nous nous en rappelons encore.

[Translation]

**Senator Mégie:** Ms. Valliant, you spoke earlier about the assistance Dawson College offers to the English-speaking community. Do they offer post-secondary training or do they set up organizations? Tell us a little bit about how that works.

[English]

**Ms. Valliant:** Our partnership with Dawson College is in the form of basically having interns, students from Dawson College, interning with the Black Community Resource Centre and offering services to our senior program director. Over the past three years, that has taken the form of the interns using their social work background in particular to support English-speaking Black seniors. They support them in a wide variety of ways. One of them that I highlighted was to help a certain number of seniors in our groups to navigate the STM Paratransit. When those interns came into the BCRC over the summer and addressed the situation with the seniors — the relevant, pressing issues at that moment — what came up was the fact that our seniors were calling to get services from the STM, trying to get transportation to medical appointments, et cetera. They were calling in. They didn't understand. No one was speaking to them in English, so they said, "Forget about it; I'm not doing it; I don't have the time," that kind of reaction. So last year in particular, the interns decided they would build resources to help empower and teach our seniors how to navigate that system in the event that they would interact with the system and not be served in English. So it is a case-by-case kind of support service offered to our senior members, but it takes the form of an internship. Students come into the BCRC, assess the needs of the time of their internship and then provide support services to our senior participants.

[Translation]

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

[English]

**Senator Clement:** Good evening, and thank you to all the witnesses.

Ms. Valliant, I am interested in what you were talking about in terms of intersectionality in response to Senator Moncion's question around data and collecting data. We need collection of data. If you are not measuring and counting, then how are you able to justify to funders and to the government what gaps there are or what is needed in terms of resources? I want to know what resources you have to do the data collection work you were talking about and what you would need to go further in that direction. That's my first question.

[Français]

**La sénatrice Mégie :** Madame Valliant, vous avez parlé plus tôt de l'aide que le Collège Dawson offre à la communauté anglophone. De quelle nature est cette aide? Offre-t-on de la formation postsecondaire ou met-on des organismes sur pied? Dites-nous un peu comment cela se passe.

[Traduction]

**Mme Valliant :** Essentiellement, dans le cadre de notre partenariat avec le Collège Dawson, nous avons des stagiaires, des étudiants du Collège Dawson, qui font un stage au Centre de ressources de la communauté noire et qui offrent leurs services à notre directeur des programmes pour les aînés. Au cours des trois dernières années, cela s'est développé, et les stagiaires mettent à profit leur expérience en travail social en particulier pour soutenir les aînés noirs anglophones. Ils leur offrent du soutien de toutes sortes de façons. Par exemple, et j'en ai parlé plus tôt, ils aident un certain nombre d'aînés de nos groupes à s'orienter dans le système de transport adapté de la STM. Quand les stagiaires sont arrivés au CRCN, durant l'été, et ont tenté de régler la situation des aînés — les problèmes urgents et d'actualité à ce moment-là —, ils ont constaté que les aînés appelaient pour obtenir les services de la STM, pour avoir du transport pour des rendez-vous médicaux, etc., mais que, quand ils appelaient, ils ne comprenaient pas. Personne ne leur parlait en anglais, alors ils disaient : «Oubliez ça; je ne vais pas le faire; je n'ai pas le temps. » Vous voyez le genre de réaction. Donc, l'année dernière en particulier, les stagiaires ont décidé de mettre en commun des ressources pour enseigner aux aînés et leur donner la capacité de naviguer dans le système, dans l'éventualité où ils devraient l'utiliser sans pouvoir être servis en anglais. Donc, c'est un peu un service de soutien au cas par cas que nous offrons à nos membres âgés, mais cela est offert par les stagiaires. Les étudiants viennent au CRCN, évaluent les besoins au moment de leur stage, puis fournissent des services de soutien aux participants âgés.

[Français]

**La sénatrice Mégie :** Merci beaucoup.

[Traduction]

**La sénatrice Clement :** Bonsoir, et merci à tous les témoins.

Madame Valliant, je m'intéresse à ce que vous disiez à propos de l'intersectionnalité, quand vous avez répondu à la question de la sénatrice Moncion au sujet des données et de la collecte de données. Nous devons recueillir des données. Si vous ne mesurez rien et ne comptez rien, comment pouvez-vous montrer à ceux qui vous donnent des fonds et au gouvernement quelles sont les lacunes ou quels sont les besoins en matière de ressources? J'aimerais savoir de quelles ressources vous disposez pour faire la collecte des données dont vous parliez et de quoi vous auriez

Also, what kind of collaboration do you have among the organizations that provide services to anglophones in Montreal or Quebec? For example, do you partner with Seniors Action Quebec or other organizations? You talked about Dawson College, but what about the network in general?

**Ms. Valliant:** I would say that over the last three years, we have been fortunate enough to get funding from both federal and provincial governments to support us in our quest to conduct research and to be able to have race-based data. We are proud to have data that has come out of the BCRC, and I will gladly submit it to the committee. One research project in particular, called “Black in Quebec,” highlights the situation of English-speaking Black Quebecers in terms of health, education, access to justice and employment.

However, resources are limited, and qualified staff need to be paid to lead this research. We want the research to be sound. That research ended, and it was like scrambling to get more funding to be able to continue it and go deeper. We want to continue it because we don’t want just a snapshot of 2019. We want to be able to continue to update that data.

Right now, we’ve been leaning on internships. We’ve been leaning on the young, English-speaking communities of Montreal to support us with collecting data. We have a project coming up in a couple of weeks, actually, where we will have interns who are young, Black youth interested in research come on and help us collect data through consultation and surveys. I definitely say that just having more grants and funding opportunities to be able to build a case, to access those resources and hire qualified people to help us lead this research is key.

I will also say that in terms of leaning on our stakeholders and other community organizations and institutions, the BCRC has partnered with Dawson College, Concordia and McGill University to conduct research and to deliver services. Most importantly, however, especially speaking about the way we service our seniors when it comes to health, we have leaned on the expertise of community organizations, businesses and professionals in our community to come into our organization and talk to our seniors. We’ve had an English-speaking Black nurse who works at the Glen come in and speak to our seniors and tell them how to complain if the services they received were not up to par or if they were not given in the right language. What steps do you take to complain to the hospital, for example? How do you contact the ombudsman? We’ve had funeral homes

besoin pour en faire davantage à cet égard. C’est ma première question.

Aussi, quel genre de collaboration maintenez-vous avec les organismes qui offrent des services aux anglophones à Montréal ou à Québec? Par exemple, avez-vous un partenariat avec Aînés Action Québec ou d’autres organismes? Vous avez parlé du Collège Dawson, mais quel est votre réseau, en général?

**Mme Valliant :** Je dirais que, au cours des trois dernières années, nous avons eu la chance d’obtenir du financement à la fois du gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux pour soutenir nos efforts de recherche et réunir des données fondées sur la race. Nous sommes fiers d’avoir des données qui proviennent du Centre de ressources de la communauté noire, ou CRCN, et je me ferai un plaisir de les communiquer au comité. Un des projets de recherche en particulier, appelé « Black in Quebec », met en lumière la situation des Québécois noirs anglophones au chapitre de la santé, de l’éducation, de l’accès à la justice et de l’emploi.

Cependant, les ressources sont limitées, et le personnel qualifié doit être payé pour mener cette recherche. Nous voulons que la recherche soit solide. Cette recherche a pris fin, et il fallait faire des pieds et des mains pour obtenir plus de financement pour la poursuivre et l’approfondir. Nous voulons poursuivre la recherche, car nous ne voulons pas simplement un instantané de 2019. Nous voulons pouvoir continuer de mettre à jour ces données.

Actuellement, nous misons sur les stages. Nous nous appuyons sur les jeunes communautés anglophones de Montréal pour nous soutenir dans la collecte de données. En fait, nous avons un projet qui commencera dans deux ou trois semaines, où des stagiaires, des jeunes, de jeunes Noirs qui s’intéressent à la recherche nous aideront à recueillir des données au moyen de consultations et de sondages. Je n’hésite pas à dire qu’il nous faut simplement davantage de subventions et de possibilités de financement pour constituer un dossier, accéder à ces ressources et embaucher des personnes qualifiées pour nous aider à mener cette recherche. C’est la clé.

Je dirais également que, en ce qui concerne notre collaboration avec nos intervenants et les autres organismes et institutions communautaires, le CRCN a établi un partenariat avec le Collège Dawson, l’Université Concordia et l’Université McGill, pour mener des recherches et fournir des services. Cependant, plus important encore, surtout en ce qui concerne la façon dont nous offrons des services à nos aînés en matière de santé, nous nous sommes appuyés sur l’expertise des organismes communautaires, des entreprises et des professionnels de notre communauté et les avons invités à venir dans notre organisation et parler à nos aînés. Une infirmière noire anglophone qui travaille au Glen est venue parler aux aînés et leur a expliqué comment présenter une plainte si les services reçus ne sont pas à la hauteur ou ne leur sont pas fournis dans la bonne langue.

come in and speak to seniors — not necessarily related to health — about what to do, how to produce a will and how to prepare yourself for passing. So we have leaned on the expertise of our community to come in and provide access to information for our seniors, especially in our program where we're talking about health services.

**Senator Clement:** Your opening statement, Mr. Duszara, was very compelling. My mother died during the pandemic in a Montreal hospital. It was difficult. It was difficult to communicate, get what you needed, plan a funeral and do all of that, so I hear you. I sometimes wonder if we fully understand the lasting impact of the pandemic.

You spoke in your opening statement about suggestions you would have around monitoring and evaluation. I would ask you to lean into that more and give more detail on what you meant by that. I will also ask you the same question about collaboration with other English-speaking or anglophone organizations in Quebec.

**Katia Toimil-Bramhall, Executive Director, Seniors Action Quebec:** We are still a relatively young organization. I am the second executive director. We're doing a little bit of catch-up because, during the pandemic, we were all locked down. It was hard having conversations and going out to meet organizations. We are making up for that now. We are doing a lot of kilometres.

Indirectly, the irony of the pandemic is that because we were locked down and were working on projects during that time, we were able to speak to organizations about their programming and the challenges indirectly. There was a very steep learning curve during 2020-22. However, moving ahead, we are in active conversations where we're trying to understand the realities throughout the entire province. The Greater Montreal area has certain challenges and realities, but things are completely different in the different regions of Quebec. As you said, there is the challenge of resources, but when you factor in the challenge of language, it puts things up to another level, not only for civilians or residents — citizens — but for the organizations that work directly with these seniors.

One thing that keeps coming up again — and we spoke about it — is funding, but it's also the translation services that the organizations do by default. If someone calls an organization and asks how to do something and they don't have it in English, someone will find someone to translate it. It is another factor that adds to the limited resources and stress, if you will, on our organizations and staff. This is something we saw during the

Quelles démarches faut-il faire pour porter plainte auprès de l'hôpital, par exemple? Comment contacter l'ombudsman? Des représentants de salons funéraires sont venus parler aux aînés — pas nécessairement de la santé — et leur ont dit ce qu'il faut faire, comment rédiger un testament et comment se préparer à la mort. Nous avons donc tiré profit des experts de notre communauté qui sont venus fournir de l'information aux aînés, surtout dans le cadre du programme où nous parlons des services de santé.

**La sénatrice Clement :** Monsieur Duszara, votre déclaration préliminaire était très intéressante. Ma mère est décédée pendant la pandémie dans un hôpital de Montréal. C'était très difficile. C'était difficile de communiquer, d'obtenir ce dont nous avons besoin, d'organiser les funérailles et de faire tout cela, alors je vous comprends. Parfois, je me demande si nous comprenons bien les effets durables de la pandémie.

Vous avez dit dans votre déclaration préliminaire que vous auriez des propositions concernant la surveillance et l'évaluation. J'aimerais que vous exploriez davantage cette question et donniez plus de détails sur ce que vous voulez dire par là. Je vous poserai également la même question sur la collaboration avec d'autres organisations anglophones du Québec.

**Katia Toimil-Bramhall, directrice générale, Aînés Action Québec :** Nous sommes encore une organisation relativement jeune. Je suis la deuxième directrice générale. Nous rattrapons un peu le temps perdu, car, pendant la pandémie, nous étions tous confinés. C'était difficile d'avoir des discussions et d'aller rencontrer des organismes. Nous sommes en train de rattraper ce retard. Nous parcourons beaucoup de kilomètres.

De manière indirecte, l'ironie de la pandémie, c'est que, étant donné que nous étions confinés et que nous travaillions sur des projets, pendant ce temps, nous avons pu parler à des organisations au sujet de leurs programmes et des difficultés, indirectement. Il y a eu beaucoup de choses à apprendre en 2020-2022. Cependant, pour aller de l'avant, nous discutons activement et nous essayons de comprendre les réalités dans toute la province. La grande région de Montréal a des défis et des réalités qui lui sont propres, mais les choses sont complètement différentes dans d'autres régions du Québec. Comme vous l'avez dit, il y a le défi des ressources, mais, si vous y ajoutez le défi de la langue, les choses passent à un autre niveau, pas seulement pour les civils ou les résidents — les citoyens —, mais pour les organisations qui travaillent directement avec ces aînés.

Une chose qui revient sans cesse — et nous en avons parlé —, c'est le financement, mais c'est également les services de traduction que les organisations fournissent par défaut. Si quelqu'un appelle une organisation et lui demande comment faire quelque chose et qu'elle n'a pas la réponse en anglais, quelqu'un trouvera quelqu'un d'autre pour traduire. C'est un autre facteur qui s'ajoute aux ressources limitées et au stress, si

pandemic. I first started at Seniors Action Quebec in December 2019. It was very intense at the beginning of the pandemic. We had people calling us saying, “What do we do? Where do we go? Who do we speak to?”

**Mr. Duszara:** There are two parts to your question. In terms of our partnerships, we work closely with all kinds of organizations around the province. On the island of Montreal, there was a table that came together that brought together close to 30 organizations that provide direct services to seniors in the area.

The first question came to me with regard to resources. We don't get any resources from Health Canada as such, as an organization. However, we do have needs, particularly needs related to being able to be more engaged in policy development, research and communications with the communities and with the community of organizations that we work with. As an organization, we are presently going through developing a strategic plan for the future that will change our way of working. We are presently an organization that works with individual members as the base. We're moving towards organizational members going forward in order to have an even greater sense of what's happening in the various communities. Quebec is a huge province, but the English community is small. You almost bump into one other everywhere you go. It's just the way it is. We need the resources to be able to do the work that we would like to do. We don't have them at the moment.

One comment with regard to the question of data: I remember Einstein's statement. Einstein said, “Not everything that matters counts and not everything that can be counted matters.” We sometimes spend a lot of time rehashing the same sorts of information piles and not visiting or addressing some of the other areas that would require a deeper reflection. That's something that we keep in mind as we work. We don't want to make work. We don't want to duplicate work. We don't want to do things that other people are doing. We ask people to share their information with us as we share with them. We need to be able to work collaboratively as we go forward.

[Translation]

**Senator Mockler:** Congratulations to all three of you for taking the time to come and see us and bring your concerns to our attention.

l'on veut, que vivent nos organisations et notre personnel. C'est une chose que nous avons constatée pendant la pandémie. J'ai commencé à travailler à Aînés Action Québec en décembre 2019. C'était très intense au début de la pandémie. Des gens nous appelaient pour nous demander : « Que devons-nous faire? Où devons-nous aller? À qui devons-nous parler? »

**M. Duszara :** Votre question comporte deux parties. En ce qui concerne nos partenariats, nous travaillons en étroite collaboration avec toutes sortes d'organisations, dans la province. Sur l'île de Montréal, il y a eu une table de concertation qui a rassemblé près de 30 organisations qui fournissent des services directs aux aînés de la région.

La première question qui m'a été posée concerne les ressources. Nous ne recevons pas de ressources de Santé Canada en tant que tel, en tant qu'organisation. Cependant, nous avons des besoins, et nous voulons en particulier pouvoir être plus engagés dans l'élaboration des politiques, la recherche et les communications avec les communautés et les groupes d'organisations avec qui nous travaillons. En tant qu'organisation, nous sommes actuellement en train d'élaborer un plan stratégique pour l'avenir qui changera notre façon de travailler. Nous sommes actuellement une organisation qui travaille en collaboration avec des membres individuels, à la base. Nous voulons maintenant travailler avec des membres organisationnels afin d'avoir une idée encore plus précise de ce qui se passe dans les différentes communautés. Québec est une immense province, mais la communauté anglophone est petite. On se croise partout où l'on va. C'est ainsi. Il nous faut des ressources pour faire le travail que nous voudrions faire. Nous ne les avons pas pour le moment.

J'aimerais faire un commentaire concernant la question sur les données : je me rappelle une phrase d'Einstein. Il a dit : « Ce qui compte ne peut pas toujours être compté, et ce qui peut être compté ne compte pas forcément. » Nous passons parfois beaucoup de temps à ressasser les mêmes types d'informations et nous n'explorons pas et n'abordons pas d'autres domaines qui nécessiteraient une réflexion plus approfondie. C'est une chose que nous gardons à l'esprit dans notre travail. Nous ne voulons pas compliquer le travail. Nous ne voulons pas dupliquer le travail. Nous ne voulons pas faire des choses que d'autres font déjà. Nous demandons aux gens de partager leurs informations avec nous comme nous le faisons avec eux. Nous devons être en mesure de travailler de manière collaborative à l'avenir.

[Français]

**Le sénateur Mockler :** Félicitations à vous trois d'avoir pris le temps de venir nous voir et de porter vos inquiétudes à notre attention.

[English]

I have a few questions in relation to some of the recommendations that you've made, Mr. Duszara. You recommend that new mechanisms, procedures and perspectives be developed and adopted by Canada. Could you explain that? Give us some examples of what is happening now and what you would like to see moving forward?

**Mr. Duszara:** The big story is Bill C-13.

**Senator Mockler:** That was my next question.

**Mr. Duszara:** That's the big story. Yes, there have been many intervenors in the debate on Bill C-13, as there are in other pieces of legislation. However, there were lots of absent voices as well. We weren't there, for example. The seniors, as far as I know, were not consulted directly. The organizations who work on the ground, by and large, many of them were not consulted. They are present but they are also absent.

The mechanisms that we have put in place to be able to speak to people are oftentimes daunting for individuals. Remember that many of these organizations are run by volunteers. They are good people with good hearts who have done good things in their communities, but if you asked them to stand up and speak in front of a court, or in front of a table like this, they freeze. They run away. We need to have people speaking on our behalf to do that. We don't have the resources to do that.

In the health sector — I will speak to the health sector in Quebec — we have access committees that were there. We had difficulty getting membership on access committees. The access committees now will become even more remote with the impacts of Bill 96. There are concerns there.

What happens is that as citizens — and in this case I will restrict the reflections on seniors and health issues — as seniors, citizens who have been contributing to this society all their lives, at the end of the day, we don't have a voice, place or platform to be able to express our needs, desires and have an ear that's going to listen to us. Oftentimes, the discussion that takes place is a legalistic, bureaucratic discussion that keeps the human aspect out of the conversation. We're suggesting that that needs to change across the board.

I know that health is an extremely complex system. It's complex. The way we deal with health in Canada, as a country, is even more complex than some other areas. I know that health is a jurisdiction of the province, but there should be certain elements and guidelines that are true across the board for everyone.

[Traduction]

J'ai quelques questions concernant certaines des recommandations que vous avez formulées, monsieur Duszara. Vous avez recommandé que de nouveaux mécanismes et de nouvelles procédures et perspectives soient élaborés et adoptés par le Canada. Pourriez-vous expliquer? Pourriez-vous nous donner quelques exemples de ce qui se passe actuellement et de ce que vous voudriez voir à l'avenir?

**M. Duszara :** Tout cela est dans le projet de loi C-13.

**Le sénateur Mockler :** C'était ma prochaine question.

**M. Duszara :** Tout revient à ça. Oui, il y a eu de nombreux intervenants dans le débat sur le projet de loi C-13, comme il y en a pour d'autres projets de loi. Cependant, de nombreuses voix étaient absentes. Nous étions absents, par exemple. À ma connaissance, on n'a pas directement consulté les aînés. On n'a pas consulté bon nombre des organisations qui travaillent sur le terrain, de manière générale. Elles sont présentes, mais elles sont également absentes.

Les mécanismes que nous avons mis en place pour pouvoir parler aux gens sont souvent difficiles pour les gens. N'oubliez pas que bon nombre de ces organisations sont gérées par des bénévoles. Ce sont de bonnes personnes qui ont bon cœur qui ont fait de bonnes choses dans leur communauté, mais, si vous leur demandez de venir parler devant un tribunal, ou devant une assemblée comme celle-ci, elles se figent. Elles fuient. Nous avons besoin de gens qui parlent en notre nom pour cela. Nous n'avons pas les ressources pour le faire.

Dans le secteur de la santé — je parlerai du secteur de la santé du Québec —, des comités sur l'accès étaient présents. Nous avons eu de la difficulté à trouver des membres pour les comités. Les comités sur l'accès vont maintenant être plus éloignés encore en raison des répercussions du projet de loi 96. Il y a des préoccupations à cet égard.

Ce qui se passe, c'est que, en tant que citoyens — et dans ce cas, je limiterai mes réflexions aux aînés et aux questions de santé —, en tant qu'aînés, en tant que citoyens qui ont contribué toute leur vie à cette société, au bout du compte nous ne pouvons pas nous faire entendre, nous n'avons pas d'endroit ou de plateforme où exprimer nos besoins et nos désirs et être écoutés. Souvent, la discussion est d'ordre juridique ou bureaucratique et ne tient pas compte de l'aspect humain. Nous suggérons qu'il faut changer cela dans tous les domaines.

Je sais que la santé est un système extrêmement complexe. C'est complexe. La façon dont nous gérons la santé au Canada, en tant que pays, est encore plus complexe qu'ailleurs. Je sais que la santé relève de la compétence de la province, mais il devrait y avoir certains éléments et certaines lignes directrices qui s'appliquent à tout le monde.

When you are dealing with people, listen to them. Give them a chance to speak. We've done a wonderful job over the last number of years speaking to the Indigenous communities and the issues and problems that they have experienced over many decades. We have issues that affect English-speaking seniors in our provinces who don't have a voice. This is an occasion for us to speak, and we appreciate it. We need to be able to speak not only to yourselves. We need to be able to speak to the bureaucratic machine called Health Canada. We need to be able to speak to health and social services Quebec. We need to have a door open to us, not to be an afterthought. Oftentimes, we are there saying, "There was an injury. You put a Band-Aid on it. We don't need a Band-Aid. We need a surgeon." It's too late. We need to be able to come back and say, "We are going forward. We are looking at what we've learned. It has affected us badly."

I'll stop. I saw you put your hands up. I don't want to stand on my soapbox for too long.

**Senator Mockler:** It is because the chair is watching my minutes.

Does Ms. Valliant have any comments on the question that I have asked?

**Ms. Valliant:** No. My fellow guests have put it well. Thank you.

**Senator Mockler:** Both could answer my next question. You mentioned Bill C-13.

**Mr. Duszara:** Yes.

**Senator Mockler:** Have you read Bill C-13 and the impacts of it?

**Mr. Duszara:** We have gone through Bill C-13. We have seen some of the elements that are there. Perhaps Katia can speak to that a little bit more. Do you have some of the articles that are there?

**Ms. Toimil-Bramhall:** No, I have the action plan.

**Mr. Duszara:** The action plan? Okay.

The biggest problem that we have with C-13 is that it seems to integrate Bill 96. It seems to integrate and incorporate those elements of Bill 96 that are most problematic for English speakers. The impact that it may have on seniors is one that could be very detrimental moving forward.

I will give you one example that I've just heard about in the last two months. A gentleman, 93 years old, living at home alone. Fine, everything is well. Falls, breaks a hip. That's very dramatic for a senior person. He gets brought to a hospital in

Quand vous avez affaire à des personnes, écoutez-les. Donnez-leur la possibilité de s'exprimer. Ces dernières années, nous avons fait un excellent travail en discutant avec les communautés autochtones et en parlant des questions et des problèmes qu'elles ont vécus pendant des décennies. Il y a des problèmes qui touchent les aînés anglophones qui n'ont pas de voix dans nos provinces. C'est une occasion pour nous de nous exprimer, et nous l'apprécions. Nous devons être en mesure de parler non seulement à vous, mais à la machine bureaucratique appelée Santé Canada. Nous devons être en mesure de parler au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Nous avons besoin qu'une porte nous soit ouverte, et pas après coup. Nous le disons souvent : « Il y avait une blessure, vous avez mis un pansement. Nous n'avons pas besoin de pansement. Nous avons besoin d'un chirurgien. » C'est trop tard. Nous devons pouvoir revenir et dire : « Nous avançons. Nous examinons ce que nous avons appris. Cela nous a beaucoup affectés. »

Je vais m'arrêter. J'ai vu que vous avez levé les mains. Je ne veux pas occuper la tribune davantage.

**Le sénateur Mockler :** C'est parce que le président surveille mon temps.

Madame Valliant, avez-vous des commentaires sur la question que j'ai posée?

**Mme Valliant :** Non. Les autres témoins y ont bien répondu. Merci.

**Le sénateur Mockler :** Vous pouvez tous les deux répondre à ma prochaine question. Vous avez mentionné le projet de loi C-13.

**M. Duszara :** Oui.

**Le sénateur Mockler :** Avez-vous lu le projet de loi C-13 et ses répercussions?

**M. Duszara :** Nous avons parcouru le projet de loi C-13. Nous avons vu certains de ces éléments. Peut-être que Mme Toimil-Bramhall peut en parler un peu plus. Avez-vous certains des articles qui s'y trouvent?

**Mme Toimil-Bramhall :** Non, j'ai le plan d'action.

**M. Duszara :** Le plan d'action? D'accord.

Notre plus grand problème avec le projet de loi C-13, c'est qu'il semble intégrer le projet de loi 96. Il semble intégrer et inclure les éléments du projet de loi 96 qui donnent le plus de fil à retordre aux anglophones. Les répercussions qu'il pourrait avoir sur les aînés pourraient vraiment leur nuire, à l'avenir.

Je vais vous donner un exemple dont j'ai entendu parler il y a à peine deux mois. Un monsieur de 93 ans vit seul chez lui. Très bien, tout va bien. Il tombe et se casse la hanche. C'est très grave pour une personne âgée. Il est conduit à un hôpital de Montréal.



Montreal. He gets the services and help that he needs. He was not able to be transferred to a seniors' home because there was no place for him. He was left in the hospital. That hospital is on the island of Montreal, but it doesn't have the bilingual character that all hospitals have. This poor gentleman is in a room by himself, surrounded by staff who cannot — and some will not — speak to him in English. In effect, he's in isolation. How is that going to help him in any way heal and move forward? The gentleman who has been taking care of this person is at his wit's end. He can't do anything for him. He sees this man declining from day to day to day. That's one example and that's on the island of Montreal.

**Senator Mockler:** Ms. Valliant, have you been consulted and have you looked at Bill C-13, which impacts on providing health care services for our people?

**Ms. Valliant:** No, I have no comment on that bill.

**Senator Mockler:** Mr. Duszara, you've made some recommendations, and they certainly highlight some of the challenges that you have. You've proposed some solutions, and I think that's right. Have you been consulted during the process by the federal government on Bill C-13? Have you been consulted by the Government of Quebec on their language bill?

**Mr. Duszara:** We have not been consulted directly on Bill C-13 as an organization.

We are a member of the QCGN, the Quebec Community Groups Network. We have spoken to Bill 96 in the context of webinars and meetings that we had. Our voice has been heard internally, but it has not been heard in terms of us speaking to the issue ourselves. With regard to Quebec, no. We have worked with some of the organizations that are under the Quebec Ministry of Health, but we have not spoken directly to the Quebec Ministry of Health on any aspects of Bill 96.

**The Chair:** I have a few questions before we go to the second round.

My first question will be for Ms. Valliant. You spoke about the necessity to have culturally appropriate services. Could you give us more information on that? What should be done? What are the problems in terms of the services that are not culturally appropriate?

**Ms. Valliant:** What we often hear from our senior members is that when meeting and speaking with a health care professional, they feel that the way they communicate and the words they use are not translated in the way they think they ought to be. Many of our Black anglophone members are of Caribbean descent. When we talk about the culture of our members, we are talking about people who come from the Caribbean and maybe have a

Il obtient les services et l'aide dont il a besoin. Il ne peut pas être transféré dans un foyer pour personnes âgées, car il n'y a pas de place pour lui. Il reste à l'hôpital. Cet hôpital se trouve sur l'île de Montréal, mais il n'a pas le caractère bilingue qu'ont tous les hôpitaux. Ce pauvre monsieur est tout seul dans sa chambre, entouré de membres du personnel qui ne peuvent pas — et certains ne veulent pas — lui parler en anglais. En réalité, il est isolé. En quoi cela va-t-il l'aider à guérir et à aller de l'avant? Le monsieur qui s'occupait de lui est au bout du rouleau. Il ne peut rien faire pour lui. Il voit cet homme dépérir jour après jour. C'est un exemple, et c'est sur l'île de Montréal.

**Le sénateur Mockler :** Madame Valliant, vous a-t-on consultée, et avez-vous examiné le projet de loi C-13, qui a des répercussions sur la fourniture de services de santé aux gens?

**Mme Valliant :** Non, je n'ai aucun commentaire sur ce projet de loi.

**Le sénateur Mockler :** Monsieur Duszara, vous avez formulé des recommandations, et elles mettent certainement en évidence quelques-uns des défis que vous rencontrez. Vous avez proposé quelques solutions, et je pense que c'est bien. Le gouvernement fédéral vous a-t-il consulté au sujet du projet de loi C-13 pendant le processus? Le gouvernement du Québec vous a-t-il consulté sur son projet de loi sur la langue?

**M. Duszara :** On ne nous a pas directement consultés au sujet du projet de loi C-13, en tant qu'organisation.

Nous faisons partie du QCGN, le réseau des groupes communautaires du Québec. Nous avons parlé du projet de loi 96 dans le cadre de nos webinaires et de nos réunions. On s'est fait entendre à l'interne, mais on n'a pas participé à la discussion nous-mêmes. En ce qui concerne le Québec, non. Nous avons travaillé en collaboration avec certaines des organisations qui relèvent du ministère de la Santé du Québec, mais nous n'avons parlé directement d'aucun des aspects du projet de loi 96 avec le ministère de la Santé du Québec.

**Le président :** J'ai quelques questions avant de passer à la seconde série de questions.

Ma première question sera pour Mme Valliant. Vous avez parlé de la nécessité d'avoir des services culturellement adaptés. Pourriez-vous nous donner plus d'information à ce sujet? Que faut-il faire? Quels sont les problèmes au chapitre des services qui ne sont pas culturellement adaptés?

**Mme Valliant :** Ce que nous disent souvent les membres aînés, c'est qu'ils estiment que, quand ils rencontrent un professionnel de la santé et lui parlent, la façon dont les professionnels communiquent et les mots qu'ils utilisent ne sont pas traduits de la manière dont ils devraient l'être selon eux. Un grand nombre de nos membres noirs anglophones sont d'origine caribéenne. Quand nous parlons de la culture de nos membres,

different way of speaking and communicating, and they don't feel understood. That's what we're hearing.

I know this extends past health services, but people who are visiting seniors' residences or those who are living in homes say that the food is not the type of food they enjoy, or the music and activities. Those are the primary examples I can share without going into detail of the stories of our members.

**The Chair:** What should be done? Do you have any suggestions as to how to tackle these difficulties? Is it in terms of programs that the homes have, or is it human resources?

**Ms. Valliant:** What we would hope to see is that the management and leadership who oversee recruitment, onboarding and programs are aware that there are diverse communities who have diverse realities, experiences, history and cultural heritage, and perhaps consult with them or learn about these communities.

The communities we are talking about are smaller. We talk about the English-speaking community of Quebec, and then we narrow it down to the visible minority community. Yes, that community gets smaller, but the Black community is still a significant population within the linguistic minority community. As professionals, it is important to take that extra step to learn, understand and try to accommodate.

**The Chair:** Thank you for that.

Mr. Duszara, I heard you say that we have to speak to one another differently. I'm hearing from that affirmation the necessity for consulting differently. Do you have suggestions as to how it could work better in terms of speaking to one another differently?

**Mr. Duszara:** Yes, on a number of levels.

The question was asked earlier about Bill 96. Unfortunately, Bill 96 is interpretable by people. Some people interpret Bill 96 as giving them permission to not be civil to people who are English speaking. We see examples of this. We learned of an example last week when we were visiting with a community group in Quebec City. An elderly woman coming into a hospital setting was greeted by someone at the door, a porter of sorts, and was asked, "Why can't you speak French?" She was basically harassed and harangued by that person to the point where she broke into tears and needed support from people around her. There is not a straight line between Bill 96 and that kind of behaviour. However, if you look at the kinds of things we see and that are reported to us on a regular basis, it seems that that kind of behaviour, in the minds of some people, is acceptable. That's unacceptable.

nous parlons des gens qui viennent des Caraïbes et qui ont peut-être une autre façon de parler et de communiquer, et ils ont l'impression d'être incompris. C'est ce qu'ils nous disent.

Je sais que cela va au-delà des services de santé, mais les gens qui visitent les résidences pour personnes âgées ou ceux qui vivent dans des résidences disent que la nourriture n'est pas le type de nourriture qu'ils aiment, ni la musique ni les activités. Ce sont les principaux exemples que je peux vous donner sans entrer dans les détails des histoires de nos membres.

**Le président :** Que faut-il faire? Avez-vous des propositions sur la manière d'aborder ces difficultés? Cela concerne-t-il les programmes des résidences, ou les ressources humaines?

**Mme Valliant :** Ce que nous espérons voir, c'est que la direction et les responsables qui supervisent le recrutement, l'intégration et les programmes soient conscients qu'il existe diverses communautés qui ont des réalités, des expériences, une histoire et un patrimoine culturel différents, et qu'ils consultent ces communautés ou se renseignent davantage à leur sujet.

Les communautés dont nous parlons sont plus petites. Nous parlons de la communauté anglophone du Québec, puis nous la ramenons à la communauté des minorités visibles. Oui, cette communauté devient plus petite, mais la communauté noire constitue toujours une population importante au sein de la communauté de langue minoritaire. En tant que professionnels, il est important de faire ce pas de plus pour se renseigner, comprendre et tenter de répondre aux besoins.

**Le président :** Je vous remercie.

Monsieur Duszara, je vous ai entendu dire qu'il faut se parler différemment. J'entends dans cette affirmation la nécessité de consulter différemment. Avez-vous des suggestions sur la façon de changer les choses pour améliorer notre façon de nous parler?

**M. Duszara :** Oui, à plusieurs niveaux.

On a posé la question tout à l'heure à propos du projet de loi 96. Malheureusement, les gens peuvent interpréter le projet de loi 96. Selon certains, le projet de loi 96 leur donne la permission de ne pas être polis envers les personnes anglophones. On en voit des exemples. Nous avons entendu parler d'un cas, la semaine dernière, quand nous rendions visite à un groupe communautaire à Québec. Une femme âgée se présenta à l'hôpital et est accueillie par quelqu'un à la porte, une sorte de portier, qui lui demande « pourquoi ne parlez-vous pas français? » Elle a essentiellement été harcelée et sermonnée par cette personne au point de fondre en larmes, et elle a eu besoin de l'aide des gens qui l'entouraient. Il n'y a pas de ligne de démarcation entre le projet de loi 96 et ce type de comportement. Cependant, si on pense à ce que l'on voit et qu'on nous rapporte régulièrement, il semble que ce type de comportement, dans l'esprit de certaines personnes, est acceptable. C'est inacceptable.

One of the ways we could have improved participation and communication would be a comment from our political leaders to the effect that, “Hey, folks, you don’t do this. This is just not right. Don’t do that to people, no matter where you are. If a person doesn’t speak French, that’s not your business. Serve the person in the best way you can. You don’t have permission to mistreat people or to be unjust to people.” That’s the beginning.

The second point is that we are starting to get invitations at the beginning of processes, which we welcome. In the past, we have often had invitations after the problems came up and were called in to put a Band-Aid on something that needed a greater intervention. We don’t want to put Band-Aids on things. We want to work with government and institutions to be able to develop responses that respond properly from the beginning. You can’t do that if you are invited to the table after everybody has left. This is one way of moving forward.

The other way that we need to move forward as a community is to build our capacity to engage at that level of discourse with government and institutions. You can’t have that with just volunteers unless you are fortunate and the volunteer happens to be a lawyer or a doctor, but that doesn’t always happen. Oftentimes it’s a mom, a farmer, a fisherman or someone who worked in the trades. These are people who are volunteering. They are not used to working in that way. The organizations need to have the capacity to hire people and services and to be able to engage in a proper conversation that’s based on evidence, data and information that you have, and in a manner that you can engage people in a conversation. This is something that we need to do.

Most importantly, we need the folks with whom we talk to respect us as being valid, valuable and appropriate partners in developing the services that move forward. The expertise does not lie exclusively within the institution. The help expertise lies in the community, and the community needs to be involved. In our province, we see more and more movement away from community involvement to a silo of experts who tell you how to do things and what is best for you. We see it in education and we’re now seeing it in health.

**Senator Moncion:** What we hear from you, sir, we hear everywhere in Canada on the opposite side. At some point, there are solutions out there that we have to work with to take care of this situation because it is uncalled for in our country, anywhere in our country, whether you’re French, English or of any ethnicity.

**Mr. Duszara:** I agree with you completely on that score.

L’une des façons dont nous aurions pu améliorer la participation et la communication aurait été que nos dirigeants politiques fassent un commentaire à ce sujet pour dire : « On ne fait pas ça. Ce n’est pas correct. Ne faites pas ça aux gens, peu importe où vous êtes. Si une personne ne parle pas français, ce n’est pas de vos affaires. Servez la personne du mieux que vous pouvez. Vous n’avez pas le droit de maltraiter les gens ou d’être injuste envers eux. » C’est le début.

Le deuxième point, c’est que nous commençons à recevoir des invitations, au début des processus, et nous en sommes heureux. Dans le passé, nous recevions souvent des invitations après l’apparition des problèmes, et on nous appelait pour mettre un pansement sur quelque chose qui nécessitait une plus importante intervention. Nous ne voulons pas des solutions provisoires. Nous voulons travailler en collaboration avec le gouvernement et les institutions pour élaborer des solutions adaptées dès le début. On ne peut pas faire cela si on est invités à la table après que tout le monde l’a quittée. C’est une façon d’aller de l’avant.

L’autre façon d’aller de l’avant en tant que communauté, c’est de renforcer notre capacité à participer à ce niveau de discussion avec le gouvernement et les institutions. On ne peut pas le faire avec de simples bénévoles, sauf si l’on a de la chance, et que le bénévole s’avère être un avocat ou un médecin, mais cela n’arrive pas tous les jours. Parfois, c’est une mère, un agriculteur, un pêcheur ou quelqu’un qui a travaillé dans le métier. Ce sont eux, les bénévoles. Ils n’ont pas l’habitude de travailler de cette façon. Les organisations doivent avoir la capacité d’embaucher des gens et des fournisseurs de services et pouvoir engager une véritable conversation fondée sur les preuves, les données et les informations recueillies, et d’une façon qui permet aux gens de participer à la conversation. C’est une chose que nous devons faire.

Plus important encore, nous avons besoin que nos interlocuteurs nous respectent en tant que partenaires valables, utiles et appropriés pour développer des services qui nous permettent d’avancer. L’expertise n’est pas l’apanage de l’institution. L’expertise en matière d’aide se trouve dans la communauté, et la communauté doit participer. Dans notre province, nous constatons de plus en plus que la participation de la communauté est occultée au profit d’une tour d’ivoire d’experts qui vous disent comment faire les choses et ce qui est le mieux pour vous. Nous voyons cela dans le secteur de l’éducation, et maintenant dans celui de la santé.

**La sénatrice Moncion :** Ce que vous nous dites, monsieur, nous l’entendons partout au Canada, de l’autre côté. À un moment donné, il existe des solutions avec lesquelles nous devons travailler pour régler la situation, car c’est injustifié dans notre pays, partout dans notre pays, que vous soyez Français, Anglais ou de toute origine ethnique.

**M. Duszara :** Je suis tout à fait d’accord avec vous sur ce point.

**The Chair:** Mr. Duszara, Ms. Toimil-Bramhall and Ms. Valliant, thank you so much for your presentations. This will help our study.

For our second panel this evening, we are pleased to welcome in person Joanne Pocock, Research Consultant, and by video conference Sarah Bowen, Applied Research and Evaluation Consultant.

Good evening and thank you for being with us. We'll now hear your opening remarks, and a question and answer period will follow. Ms. Pocock, the floor is yours.

**Joanne Pocock, Research Consultant, as an individual:** Chairman and all members of the Senate committee, it's a pleasure to be here today. Thank you for the opportunity.

I'm a researcher who has specialized in the study of English-speaking communities of Quebec and specifically their access to health and social services. Much of my work has been done within the framework of the social determinants of health, which, of course, include access to health and social services.

In my research, I've worked extensively with census data, particularly socio-economic variables, as well as with survey data that considers access to health and social services in English, for example, the Canadian Community Health Survey as well as a survey conducted every couple of years of 3,000 English speakers across Quebec.

In my opening statement, I would draw your attention to a few key points that clarify the situation in Quebec.

While Canadians have a goal of universal health care, when it comes to language and access to social services, all is not equal. In Quebec, the guarantee for access to services in English is set out in a series of regional access programs which rely on the initiative and the proactive attitude of community organizations for their input. The current generation of plans was due to be updated in 2021 but have not yet been approved by the government, and the proposed changes to Quebec's health and social services system may have the effect of reducing the input of English-speaking communities to these access plans, which, of course, may reduce the limited access already enjoyed. As well, the access programs build on the resources — human, technical, financial — of the health and social services system, which varies substantially across regions.

When we consider designated institutions, which are those recognized under the *Charte de la langue française*, we find that of Quebec's 25 territories, 13 have no designated institutions,

**Le président :** Monsieur Duszara, madame Toimil-Bramhall et madame Valliant, merci beaucoup pour vos exposés. Cela aidera notre étude.

Pour notre second groupe de témoins, ce soir, nous sommes heureux d'accueillir en personne Mme Joanne Pocock, conseillère en recherche, et par vidéoconférence, Mme Sarah Bowen, conseillère en évaluation et en recherche appliquée.

Bonsoir et merci de vous joindre à nous. Nous allons maintenant entendre vos déclarations préliminaires, et une période de questions et réponses suivra. Madame Pocock, vous avez la parole.

**Joanne Pocock, conseillère en recherche, à titre personnel :** Monsieur le président, et mesdames et messieurs les membres du Comité sénatorial, je suis heureuse d'être ici aujourd'hui. Je vous remercie de m'avoir invitée.

Je suis chercheuse et je me suis spécialisée dans l'étude des communautés anglophones du Québec, et plus précisément leur accès aux services sociaux et de santé. Une grande partie de mon travail s'inscrit dans le cadre des déterminants sociaux de la santé qui, bien sûr, comprennent l'accès aux services de santé et aux services sociaux.

Dans ma recherche, j'ai beaucoup travaillé avec les données du recensement, en particulier les variables socioéconomiques, et avec des données d'enquête sur l'accès aux services sociaux et de santé en anglais, par exemple l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, ainsi qu'une enquête menée tous les deux ans auprès de 3 000 anglophones dans tout le Québec.

Dans ma déclaration préliminaire, j'aimerais attirer votre attention sur quelques points essentiels qui éclaircissent la situation au Québec.

Même si les Canadiens ont pour objectif un système de santé universel, quand il s'agit de la langue et de l'accès aux services sociaux, tout n'est pas égal. Au Québec, la garantie d'accès aux services en anglais est énoncée dans une série de programmes d'accès régionaux qui s'appuient sur l'esprit d'initiative, l'attitude proactive et la contribution des organismes communautaires. La mise à jour de la version actuelle des plans devait se faire en 2021, mais le gouvernement ne l'a pas encore approuvée, et les changements proposés au système des services sociaux et de santé du Québec pourraient avoir pour effet la réduction de la contribution des communautés anglophones à ces plans d'accès, ce qui, bien sûr, pourrait réduire l'accès déjà limité dont elles bénéficient. De plus, les programmes d'accès s'appuient sur les ressources — humaines, techniques, financières — du système des services sociaux et de santé, qui varient considérablement d'une région à l'autre.

Prenons les institutions désignées, c'est-à-dire celles qui sont reconnues par la *Charte de la langue française*; nous constatons que, sur les 25 territoires du Québec, 13 n'ont aucune institution

5 have only one designated institution and 7 have more than one designated institution. Even where guaranteed services exist, language gaps still are present.

The proportion of anglophones working in the health care and social assistance industry — that's 10.7% — is much lower than their share of the labour force, which is 15.6%. Translation services are not a given among designated institutions. The availability of medical system documents such as health information or consent forms in English is unreliable and can also entail a delay in service. The absence of health professionals and staff from the minority-language community means the lack of an informal network which extends into the community, for example, the advice of a nurse who knows how to negotiate the system informally providing that information in her community, or of doctors on hospital boards who are a voice of the community within the system. This is less likely given the low proportion of bilingual professionals.

Socio-economic status is recognized internationally as a key determinant of health. Low income rates, unemployment rates and the likelihood of living below the low-income cut-off, which is a measure of poverty, are all the more problematic in the English-speaking community compared to their francophone majority counterparts, and these gaps have grown over time. For example, the rate of unemployment for English-speaking Quebec was high at 8.9% in 2016, compared to the level of 6.9% experienced by francophones. According to the most recent census of 2021, the level for francophones remains stable at 6.9%, while that of anglophones increased to 10.9%. Low socio-economic status is an important indicator of a greater likelihood of health problems and an increased reliance on the health system. Let's look at a few examples.

For those 65 and over — although seniors, I notice, have been introduced — and relocating to residences designed for seniors, their choice is really no longer a choice. If they want to receive service in English, they will need to turn to private services at the average cost of \$5,000 and more monthly, or if they and their family are low income and will need to get on the list for less expensive public offerings, they will have to accept that English is not necessarily something to be found among the staff. In other words, service in English could be seen as a luxury which only some can afford and not a right which can be exercised by all.

For parents of young children, where timely diagnosis and treatment of learning disabilities are critical, travelling out of the region for access for testing in English is costly. Then, of course,

désignée, 5 n'en ont qu'une seule et 7 en ont plus d'une. Même lorsqu'il existe des services garantis, des lacunes liées aux langues subsistent.

La proportion d'anglophones travaillant dans le domaine de la santé et des services sociaux — soit 10,7 % — est beaucoup plus faible que sa proportion de la population active, qui est de 15,6 %. Les services de traduction ne sont pas disponibles dans les établissements désignés. L'accessibilité des documents du système médical, tel que les informations sur la santé ou les formulaires de consentement en anglais n'est pas assurée, et peut également entraîner un retard de service. Le manque de professionnels de la santé et de personnel issu de la communauté linguistique minoritaire se traduit par l'absence d'un réseau informel qui s'étend à la communauté, par exemple, les conseils d'une infirmière qui sait comment utiliser le système de manière informelle en fournissant ces informations dans la communauté, ou des médecins siégeant au conseil d'administration d'un hôpital qui représentent la communauté au sein du système. Cela est moins probable étant donné la faible proportion de professionnels bilingues.

Le statut socioéconomique est reconnu internationalement comme un déterminant clé de la santé. Les taux de faible revenu, les taux de chômage et la probabilité de vivre sous le seuil de faible revenu, qui est une mesure de la pauvreté, sont d'autant plus problématiques dans la communauté anglophone comparativement à leurs homologues de la majorité francophone, et ces écarts se sont creusés au fil du temps. Par exemple, le taux de chômage dans le Québec anglophone était élevé — il était de 8,9 % en 2016 —, alors qu'il était de 6,9 % chez les francophones. Selon le dernier recensement de 2021, le taux de chômage des francophones reste stable à 6,9 %, tandis que celui des anglophones a augmenté pour atteindre 10,9 %. Le faible statut socioéconomique est un indicateur important d'une plus grande probabilité de problèmes de santé et d'un recours accru au système de santé. Prenons quelques exemples.

Pour les personnes âgées de 65 ans, quoique les personnes âgées, je le remarque, ont été présentées... déménagent dans une résidence conçue pour les personnes âgées, le choix n'est plus vraiment un choix. Si elles veulent recevoir un service en anglais, elles devront se tourner vers des services prévus au coût moyen de 5 000 \$ et plus par mois, ou si leur famille et elles ont des faibles revenus et doivent s'inscrire sur la liste des résidences moins coûteuses dans le secteur public, elles devront accepter que le personnel ne parle pas nécessairement anglais. En d'autres termes, le service en anglais pourrait être considéré comme un luxe que seuls certains peuvent s'offrir et non comme un droit que chacun peut exercer.

Pour les parents de jeunes enfants, pour lesquels un diagnostic et un traitement rapides des troubles de l'apprentissage sont essentiels, il est coûteux de se déplacer hors de la région pour

follow-up for treatment is less likely than for those who don't face this cost.

English-speaking youth have been especially hard hit by the pandemic period. Access to mental health services in English is not typically available or, again, comes at a prohibitive price.

In terms of research needs, I would mention the lack of a language lens in health research, and there is a need to be sensitive to the sometimes vast differences between Quebec's regions. Quebec is a territory three times the size of France, and the regions vary tremendously in terms of health services, economic opportunity — the list is long.

It is worth noting that two in five — that's 40% of English speakers — live off the island of Montreal. These are often rural and remote locations with dispersed populations. Their needs are going to vary, and they need to be served quite differently than those in urban centres where the services are more centralized.

We know the experience of minority-language speakers differs from the majority population, but government research and the evidence base of health administrators rarely use language as an independent variable.

I will leave it there.

**The Chair:** Thank you, Ms. Pocock.

**Sarah Bowen, Applied Research and Evaluation Consultant, as an individual:** Mr. Chair and honourable senators, thank you for the opportunity to address you today.

I have a PhD in community health sciences. I've worked as a researcher both within the health system and as a faculty member of the School of Public Health at the University of Alberta. My research has focused on the health of underserved populations, with a particular focus on analysis and synthesis of the evidence of the impact of language barriers on health and health care. I have published a number of papers on this topic, beginning with a report for Health Canada in 2001, and I've updated this work in several subsequent projects.

Rights to language services differ across the four Canadian minority-language constituencies: official-language speakers living in minority situations, speakers of Indigenous languages, immigrants speaking languages other than English and French, and those who use sign language. However, research shows

avoir accès à des évaluations en anglais. Ensuite, bien sûr, le suivi du traitement est moins probable que pour ceux qui n'ont pas à déboursier ce coût.

Les jeunes anglophones ont été particulièrement touchés par la pandémie. L'accès aux services de santé mentale en anglais n'est généralement pas disponible ou, encore une fois, il est offert à un prix exorbitant.

En ce qui concerne les besoins en matière de recherche, je mentionnerais l'absence de point de vue linguistique dans la recherche en santé et la nécessité d'être attentif aux différences parfois importantes entre les régions du Québec. Le Québec est un territoire trois fois plus grand que la France, et les régions varient énormément au chapitre de la santé et des services, des débouchés économiques... la liste est longue.

Il convient de noter que deux personnes sur cinq — soit 40 % des anglophones — vivent en dehors de l'île de Montréal. Il s'agit souvent d'endroits ruraux éloignés où les populations sont dispersées. Leurs besoins varient, et ils doivent être servis différemment des anglophones des centres urbains où les services sont plus centralisés.

Nous savons que l'expérience des personnes parlant une langue minoritaire diffère de celle de la population majoritaire, mais la recherche gouvernementale et la base de données des administrateurs de la santé utilisent rarement la langue comme variable indépendante.

Je vais m'arrêter là.

**Le président :** Merci, madame Pocock.

**Sarah Bowen, conseillère en évaluation et en recherche appliquée, à titre personnel :** Monsieur le président et honorables sénateurs, je vous remercie de m'avoir donné la possibilité de m'adresser à vous aujourd'hui.

Je suis titulaire d'un doctorat en sciences de la santé communautaire. J'ai travaillé comme chercheuse à la fois dans le système de santé et en tant que membre du personnel enseignant de l'École de santé publique de l'Université de l'Alberta. Mes recherches ont porté sur la santé des populations mal desservies et plus particulièrement sur l'analyse et la synthèse des données sur les répercussions des barrières linguistiques sur la santé et les soins de santé. J'ai publié un certain nombre d'articles sur ce sujet, en commençant par un rapport pour Santé Canada en 2001, et j'ai mis à jour ce travail dans plusieurs projets ultérieurs.

Les droits aux services linguistiques diffèrent selon les quatre groupes linguistiques minoritaires du Canada : les locuteurs de langues officielles vivant en situation minoritaire, les locuteurs de langues autochtones, les immigrants parlant des langues autres que l'anglais et le français et les personnes utilisant la

that the impact of language barriers is similar across these diverse populations.

There is strong and consistent research evidence on the negative impact of language barriers, not only in accessing and receiving formal health services but also participation in health promotion and prevention activities such as management of chronic conditions, cancer screening, childbirth and education programs. Individuals who are not fluent in the dominant language also face barriers to ambient information such as health information received through the media. These barriers are especially important in times of emergency, such as the COVID pandemic.

A language barrier greatly increases the risks of misdiagnosis and inappropriate treatment. We cannot have safe, equitable or ethical care without clear communication. In an analysis I undertook for the Winnipeg Regional Health Authority, I found that 26 of 31 patient safety risks they identified were directly impacted by language barriers. Risks of a language barrier may increase due to the aging process. Elders commonly lose their second language fluency even if they have lived and worked their whole lives speaking the dominant language.

In addition to direct risks to patients, failing to address language barriers affects us all. If presentation for care is delayed, higher intensity services may be required. A language barrier is often associated with increased resource use and length of hospital stay. Repeat visits, additional testing and treatment of complications contribute to inefficiencies in an already stressed health system. Organizations are also placed at risk by failure to obtain informed consent or protect the privacy of patient information — other risks of unaddressed language barriers. Failing to address language barriers is costly.

The research also provides evidence on appropriate responses to addressing language barriers. While it is generally agreed that health services provided in the patient's preferred language is the best and safest response if the provider is fluent in the patient's language, this may not always be feasible. In such cases, provision of trained, confidential interpreter services is an excellent second choice. Unfortunately, such services are very often not available, resulting in reliance on family members, volunteers or other ad hoc responses. This response brings many risks.

langue des signes. Cependant, la recherche montre que la répercussion des barrières linguistiques est similaire dans ces diverses populations.

Il existe des preuves solides et cohérentes des répercussions négatives des barrières linguistiques, au chapitre non seulement de l'accès et de la réception des services de santé à proprement parler, mais aussi des activités de promotion et de prévention comme le traitement des maladies chroniques, le dépistage du cancer, l'accouchement et les programmes d'éducation. Les personnes qui ne parlent pas couramment la langue dominante sont également exposées à des obstacles en ce qui concerne les informations ambiantes, telles que les informations sur la santé diffusées par les médias. Les obstacles sont particulièrement importants en période d'urgence, comme lors de la pandémie de COVID.

Une barrière linguistique augmente considérablement les risques de diagnostics erronés et des traitements peu adaptés. Il ne peut y avoir de soins sûrs, équitables ou éthiques sans une communication claire. Dans une analyse que j'ai entreprise pour l'Office régional de la santé de Winnipeg, j'ai constaté que sur les 31 risques pour la sécurité des patients qui avaient été cernés, 26 sont directement liés aux barrières linguistiques. Les risques dus aux barrières linguistiques peuvent augmenter en raison du vieillissement. Les personnes âgées perdent souvent la maîtrise de leur deuxième langue, même si elles ont vécu et travaillé toute leur vie dans la langue dominante.

Outre les risques directs pour les patients, faire abstraction des barrières linguistiques nous affecte tous. Si la demande de soins est retardée, des services plus intensifs peuvent être nécessaires. Une barrière linguistique est souvent associée à une utilisation accrue des ressources et à une plus longue durée d'hospitalisation. Les visites répétées, les évaluations supplémentaires et les traitements à la suite de complications contribuent à l'inefficacité d'un système de santé déjà sous pression. Les organisations sont également exposées au risque de ne pas obtenir un consentement éclairé ou de ne pas protéger la confidentialité des informations des patients, ce qui constitue d'autres risques liés aux barrières linguistiques qui ne sont pas prises en considération. Faire fi des barrières linguistiques est coûteux.

La recherche fournit également des données sur la façon adéquate de s'attaquer aux barrières linguistiques. S'il est généralement admis que les services de santé fournis dans la langue préférée du patient constituent la meilleure réponse et celle qui est la plus sûre si le fournisseur de soins parle couramment la langue du patient, cela n'est pas toujours possible. Dans ce cas, la mise à la disposition du patient de services d'interprétation professionnels et confidentiels est un excellent second choix. Malheureusement, ces services sont souvent indisponibles, ce qui exige de faire appel à des membres de la famille, à des bénévoles ou à d'autres solutions ponctuelles. Cette solution comporte de nombreux risques.

In spite of compelling research evidence in Canada and internationally, awareness among decision makers of the risks of language barriers remains low. A key challenge today is to promote recognition of evidence of these risks, not only to patients but to the health system itself. There's also a need to work toward more accurate and consistent data collection of not just patient language but whether language-congruent care is provided. This is needed in order to enable robust research on this important topic.

Thank you. I have not prepared additional materials for this committee, but many of my papers and presentations are available, some of them in translation, and I would be happy to provide the committee with a complete list.

**The Chair:** Thank you, Ms. Bowen and Dr. Pocock. We are now opening the floor for questions.

**Senator Moncion:** My question is for Ms. Pocock. You are the author of an article published in 2021 in the journal *Minorités linguistiques et société* entitled "Quebec's English-Speaking Community and the Partnership Approach of Its Networks in health," and you were referring to that study. In this article, you highlight the importance and potential of forming networks and partnerships to improve access to public health services for official languages minority communities. Could you tell us about that network on health and services and the various partnerships that exist right now in Quebec in that matter? What are the winning formulas for improving access to service through these partnerships, and what are the challenges?

**Ms. Pocock:** Thank you for the question.

I know that you have received a brief from Community Health and Social Service Network, CHSSN, and in that article they are essentially the model that I explore for partnering and networking. CHSSN is a provincial organization, and they understand themselves to be a network. They have 22 networks around Quebec. That's called their networking, their NPI, sorry about the language, but you sort of get the picture and why we can call it a network. They're located in all these different regional communities that I pointed out. One of the advantages of that networking is their ability to work with their regional communities and understand the nature of those communities and how they are distinct from one another.

The partnership part is that in these community organizations, some of them have been around a while so they historically have been present in their regions but now have taken on the mandate of improving the situation regarding health and social services, so they are an organization typically known by their local community, especially the minority language community. In

Malgré les résultats probants des recherches menées au Canada et à l'étranger, les décideurs sont encore peu conscients des risques liés aux barrières linguistiques. L'un des principaux défis aujourd'hui est de promouvoir la reconnaissance des preuves de ces risques, non seulement pour les patients, mais aussi pour le système de santé lui-même. Il est également nécessaire de travailler à une collecte de données plus précise et plus cohérente, non seulement sur la langue du patient, mais aussi sur la prestation de soins dans la bonne langue. Cela est nécessaire pour permettre une recherche solide sur ce sujet important.

Merci. Je n'ai pas préparé de documents supplémentaires pour le comité, mais beaucoup de mes articles et exposés sont disponibles, certains sont traduits, et je serais heureuse de fournir la liste complète au comité.

**Le président :** Merci, madame Bowen et madame Pocock. Nous passons maintenant aux questions.

**La sénatrice Moncion :** Ma question s'adresse à Mme Pocock. Vous êtes l'auteure d'un article publié en 2021 dans la revue *Minorités linguistiques et société* intitulée « Quebec's English-Speaking Community and the Partnership Approach of Its Networks in health », et vous faisiez référence à cette étude. Dans cet article, vous soulignez l'importance et le potentiel de la formation de réseaux et de partenariats pour améliorer l'accès aux services de santé publics pour les communautés des langues officielles en situation minoritaire. Pourriez-vous nous parler de ce réseau sur la santé et les services ainsi que des différents partenariats qui existent actuellement au Québec? Quelles sont les formules gagnantes pour améliorer l'accès aux services par ces partenariats et quels sont les défis?

**Mme Pocock :** Merci de votre question.

Je sais que vous avez reçu un dossier du Réseau communautaire de santé et de services sociaux, le RCSSS, et dans cet article, il présente essentiellement le modèle que j'explore pour le partenariat et le travail en réseau. Le RCSSS est une organisation provinciale qui se considère comme un réseau. Il regroupe 22 réseaux au Québec. C'est ce qu'on appelle son initiative de réseautage et de partenariat, sa NPI, désolée pour l'acronyme, mais vous comprenez en quelque sorte pour quoi nous pouvons l'appeler un réseau. Ils sont situés dans toutes les communautés régionales que j'ai mentionnées. L'un des avantages de ce réseau tient à sa capacité de travailler avec les communautés régionales et de comprendre la nature de ces communautés et la façon dont elles sont différentes les unes des autres.

Le partenariat, c'est que ces organisations communautaires, dont certaines existent depuis longtemps, sont historiquement présentes dans leurs régions, mais elles ont maintenant pour mandat d'améliorer la situation en matière de santé et de services sociaux, et sont donc typiquement connues par leur communauté locale, en particulier la communauté linguistique minoritaire.



their partnership approach, they go to the health system, and I mentioned the regional access committees. They are proactive in going to those committees and inserting themselves. Some of them become leaders of those committees, even though it is a committee forged by the system, if you like. Through those committees, they become participants in the planning for access to health and social services in English. Throughout all of them, they provide an evidence base regarding the English-speaking communities and their health needs that otherwise that committee would not have access to.

CHSSN and I, with funding from Health Canada — of course, there is never enough funding — have been working for some 20 years in developing an evidence base using census data, survey data, interviews, consultations, panels, you name it. We've managed to come up with an evidence base that is regionally nuanced, and we've looked at and tracked those changes over time. With the survey data, we're able to look at the experience within the system itself. We look at five medical situations, doctors in a clinic, what's the situation in an ER, and how do you access information?

We have armed those organizations, each one participating in a network, to provide that knowledge base for the regional access committees, who then have quite welcomed this knowledge because they are mandated to provide services in English, particularly where there are designated institutions, obviously. That partnership starts right there, and they work together and have increasingly come to rely on one another. More and more, the community organizations find themselves called upon by the system to provide information on the local community so that they can then develop programs that are appropriate to that community.

One of the things that has come out of that networking and partnership is something called the liaison model. This is where you have patient navigators, as they're sometimes called. You have outreach workers and so on who actually accompany community members, because this organization is beautifully placed to be a mediator between the community and the system. They know the community and its needs, and now they know the system and the difficulties that health professionals face in trying to, in fact, live up to their mandate and grant these services. These liaison workers accompany community members. They're very proactive in all areas of the medical system. They might show up at an emergency room, which happens to be where anglophones frequently show up because, as Sarah pointed out, due to the delays they experience, they often will push their medical issues to a point of crisis. They then find themselves in the ER, where the likelihood of finding service in English is actually low, and, of course, it's very costly for the system, as

Dans leur approche de partenariat, les organisations s'adressent au système de santé, et j'ai mentionné les comités d'accès régionaux. Ils sont proactifs en participant à ces comités et en s'y immisçant. Certains d'entre eux deviennent des leaders de ces comités, même s'il s'agit d'un comité créé par le système, si vous voulez. Grâce à ces comités, ils participent à la planification de l'accès aux services sociaux et services de santé en anglais. Dans tous les cas, ils fournissent une base de données concernant les communautés anglophones et leurs besoins en matière de santé, à laquelle le comité n'aurait pas accès autrement.

Le RCSSS et moi-même, avec un financement de Santé Canada — bien sûr, il n'y a jamais assez de financement —, avons travaillé pendant une vingtaine d'années à l'élaboration d'une base de données probantes en utilisant des données de recensement, des données d'enquête, des entretiens, des consultations, des panels et j'en passe. Nous avons réussi à obtenir une base de données variant d'une région à l'autre et nous avons examiné et suivi ces changements au fil du temps. Grâce aux données de l'enquête, nous sommes en mesure d'examiner l'expérience au sein du système lui-même. Nous nous penchons sur cinq situations médicales, notamment les médecins dans une clinique, la situation aux urgences et la manière d'accéder à l'information.

Nous avons outillé ces organisations, chacune participant à un réseau, pour qu'elles fournissent cette base de connaissances aux comités d'accès régional, qui ont ensuite bien accueilli ces connaissances parce qu'ils ont pour mandat de fournir des services en anglais, en particulier là où il y a des institutions désignées, évidemment. C'est là que commence le partenariat. Ils travaillent ensemble et s'appuient de plus en plus l'un sur l'autre. De plus en plus, les organisations communautaires sont appelées à fournir des informations sur la communauté locale afin qu'elles puissent ensuite élaborer les programmes appropriés à la communauté.

L'un des résultats de ce réseautage et de ce partenariat est ce que l'on appelle le modèle de liaison. Il s'agit d'avoir des intervenants-pivots, comme on les appelle parfois. Des travailleurs des services d'approche accompagnent les membres de la communauté, car l'organisation est bien placée pour jouer le rôle de médiateur entre la communauté et le système. Ils connaissent la communauté et ses besoins, et maintenant ils connaissent le système et les difficultés auxquels les professionnels de la santé sont exposés lorsqu'ils essaient, en fait, de remplir leur mandat et de fournir ces services. Ces agents de liaison accompagnent les membres de la communauté. Ils sont très proactifs dans tous les domaines du système médical. Ils peuvent se présenter dans une salle d'urgence, qui se trouve être l'endroit où les anglophones se présentent fréquemment parce que, comme Mme Bowen l'a souligné, en raison des retards qu'ils subissent, ils poussent souvent leurs problèmes médicaux jusqu'à un point de crise. Ils se retrouvent alors aux urgences, et

Sarah was also pointing out, to treat problems when they reach that level.

The partnership model has laid the ground for the possibility of this patient navigator, of having someone who can accompany the English-speaking community member and help them navigate the system, which for them, as you've heard, is just a maze, and help them at the point of service, translate, access documents, literally understand what's going on, help them understand what their diagnosis is and what treatment entails, for example.

Did I answer your question?

**Senator Moncion:** Yes, you have, and it's very good. You said they receive funding from Health Canada?

**Ms. Pocock:** The CHSSN receives funding from various sources, and I am not an expert on that. I would let Jennifer Johnson refer to that, but I know their NPI or this network program is at least in part funded by Health Canada, yes.

**Senator Moncion:** Thank you.

**Senator Poirier:** Thank you both for being with us today. It is greatly appreciated.

A lot of what we're hearing is not only happening in the English minority in Quebec; it's also happening in francophone minority situations across the country. There seems to be issues all over. We hear often that sometimes the money part could help, with more funding coming in. At the same time, we are also hearing that even if the funding was there, you question it and wonder if we have the manpower there across the country to be able to offer enough of the services we need in both official languages.

That brings me to a question that I have. It can be to Ms. Bowen and also to you, if you want to comment on it. What are your thoughts on new health technology and the challenges and the opportunities for better health care access to the language of their choice? Is that something you think could help the situation by health care technology, specifically when there is a shortage of manpower? Is that somewhere we can go, and would that help?

**Ms. Pocock:** Would you just give us an example of the health care technology you're referring to?

**Senator Poirier:** Well, right now — I don't know if it's across the country. I know health care is normally under the provincial umbrella. I know, for example, in New Brunswick, when you go into the health care system — we are an officially bilingual province — any doctor in the province can have access

la probabilité de trouver un service en anglais est en fait faible, et, bien sûr, il est très coûteux pour le système, comme Mme Bowen le soulignait également, de traiter les problèmes lorsqu'ils atteignent ce niveau.

Le modèle de partenariat a préparé le terrain pour la possibilité d'avoir un intervenant pivot, une personne qui peut accompagner un membre de la communauté d'expression anglaise et l'aider à naviguer dans le système, qui, pour lui, comme vous l'avez entendu, n'est qu'un labyrinthe, et l'aider au point de service à traduire des documents, à y accéder, à littéralement comprendre ce qui se passe, à comprendre le diagnostic et ce que le traitement suppose, par exemple.

Ai-je répondu à votre question?

**La sénatrice Moncion :** Oui, et c'est très bien. Vous avez dit qu'ils reçoivent des fonds de Santé Canada?

**Mme Pocock :** Le RCSSS reçoit des fonds de diverses sources, et je ne suis pas une experte en la matière. Je laisserai Jennifer Johnson en parler, mais je sais que leur NPI ou que le programme de ce réseau est au moins en partie financé par Santé Canada, oui.

**La sénatrice Moncion :** Merci.

**La sénatrice Poirier :** Merci à vous deux d'être avec nous aujourd'hui. Je vous en suis très reconnaissante.

Une grande partie de ce que nous entendons concerne non seulement la minorité anglophone du Québec, mais aussi les minorités francophones de l'ensemble du pays. Il semble qu'il y ait des problèmes partout. Nous entendons souvent dire que, parfois, l'argent pourrait être utile, avec davantage de financement. En même temps, on nous dit aussi que même si le financement était là, vous le remettez en question et vous vous demandez si nous avons la main-d'œuvre nécessaire partout au pays pour être en mesure d'offrir suffisamment de services dans les deux langues officielles.

Cela m'amène à une question que j'aimerais poser. Elle peut s'adresser à Mme Bowen et à vous aussi, si vous voulez y répondre. Que pensez-vous des nouvelles technologies de la santé, des défis et des possibilités d'améliorer l'accès aux soins de santé dans la langue de son choix? Pensez-vous que la technologie des soins de santé pourrait améliorer la situation, surtout en cas de pénurie de main-d'œuvre? Est-ce quelque chose que nous pouvons faire et qui serait utile?

**Mme Pocock :** Pourriez-vous nous donner un exemple de la technologie des soins de santé dont vous parlez?

**La sénatrice Poirier :** Eh bien, en ce moment... je ne sais pas si c'est le cas partout au pays. Je sais que les soins de santé relèvent normalement des provinces. Je sais, par exemple, qu'au Nouveau-Brunswick, lorsque vous entrez dans le système de soins de santé — nous sommes une province officiellement

to your file, no matter where you go. With the new technologies they have now, like eVisitNB and things like that, people can connect and talk to a doctor online through the new technology instead of going exactly to the doctor's office. Sometimes, if you're in a remote area where the language of your choice is not available, the technology could maybe offer you a place within your own province to talk to somebody in the language of your choice, at least as a first step. Some medical issues can be dealt with without going on.

When it comes to seniors, it does become an issue, though — I'm aware of that — because it's something new to them that they're not used to it. Some of our seniors, depending on the age, don't understand this new technology. They don't know how to connect to it. It seems overwhelming for them, so it's not always the solution.

In some areas, we're having issues trying to recruit the manpower we need in the language of the patient's choice. The funding may be there, but we don't have the manpower. I'm wondering if that's a challenge, or is there an opportunity there?

**Ms. Bowen:** I think there are opportunities.

There are two main approaches to dealing with language barriers. One is that you make sure it's a language-congruent encounter. The other is that you have trained professional interpretation. Technology actually has far more potential than we've ever used to deal with both of those, for example, to link a minority-language speaker to a provider in another location or to provide trained interpretation. Both of those could be done much better than it is being done now. One of the — I won't say an upside, but one of the impacts of COVID is that it has made us more aware of the potential as well as some of the downsides of technology.

Another area that is getting better but needs to be dealt with, with caution, is our translation apps. They can be lifesavers in some situations, and they're much better than they used to be. When I was first analyzing that, I was saying, "Stay away from those because the risks are too great." They are getting better, but we really need to have caution when those are used.

So, yes, I firmly believe there is more potential. We're not putting enough really serious thought into using the new technologies but also into making sure we're meeting the standards of what we would accept in appropriate care when that happens.

bilingue — n'importe quel médecin de la province peut avoir accès à votre dossier, où que vous alliez. Grâce aux nouvelles technologies, comme eVisitNB et d'autres, les gens peuvent se connecter et parler à un médecin en ligne grâce à la nouvelle technologie plutôt que se rendre directement au cabinet du médecin. Parfois, si vous vous trouvez dans une région éloignée où la langue de votre choix n'est pas disponible, la technologie pourrait peut-être vous offrir un endroit dans votre propre province pour parler à quelqu'un dans la langue de votre choix, du moins comme première étape. Certains problèmes médicaux peuvent être réglés sans qu'il faille se déplacer.

Pour ce qui est des personnes âgées, cela devient toutefois un problème — j'en suis consciente — parce que c'est quelque chose de nouveau auquel elles ne sont pas habituées. Certaines d'entre elles, en fonction de leur âge, ne comprennent pas cette nouvelle technologie. Elles ne savent pas comment s'y connecter. Elles se sentent dépassées, et ce n'est donc pas toujours la solution.

Dans certaines régions, nous avons du mal à recruter la main-d'œuvre dont nous avons besoin dans la langue choisie par le patient. Les fonds sont peut-être là, mais nous n'avons pas la main-d'œuvre. Je me demande s'il s'agit d'un défi ou d'une occasion?

**Mme Bowen :** Je pense qu'il y a des occasions qui s'offrent.

Il existe deux approches principales pour faire face aux barrières linguistiques. La première consiste à s'assurer que la rencontre se déroule conformément à la langue. L'autre consiste à avoir des services d'interprétation professionnels qualifiés. La technologie offre un potentiel bien plus grand que ce que nous n'avons jamais utilisé pour faire face à ces deux situations, par exemple, pour mettre en relation un locuteur d'une langue minoritaire avec une personne située dans un autre endroit pouvant fournir des soins ou des services d'interprétation qualifiés. Dans les deux cas, on pourrait faire beaucoup mieux qu'à l'heure actuelle. L'une des répercussions de la COVID-19... Je ne dirais pas qu'il s'agit d'un avantage, mais elle nous a sensibilisés davantage au potentiel de la technologie et à certains de ses inconvénients.

Les applications de traduction sont un autre domaine qui s'améliore, mais qu'il convient d'aborder avec prudence. Elles peuvent nous sauver la vie dans certaines situations, et elles sont bien meilleures qu'auparavant. Lorsque j'ai commencé à analyser cette question, je disais : « Tenez-vous-en loin, parce que les risques sont trop grands. » Elles s'améliorent, mais il faut vraiment faire preuve de prudence lorsqu'on les utilise.

Donc oui, je pense fermement qu'il y a plus de potentiel. Nous ne réfléchissons pas assez sérieusement à l'utilisation des nouvelles technologies, mais aussi à nous assurer de respecter les normes de ce que nous accepterions comme soins appropriés lorsque cela se produit.

**Ms. Pocock:** One of the things that leaps to mind is the incredible barrier posed by the telephone. The complaint so frequently heard is, “We try to phone, and we’re sent on this merry path of ‘Go here; push this button,’ and so on. We don’t get an answer at all or, when we finally get there, it’s a message in a language we don’t understand. All we can do is hang up and hope that we’re contacted in some other way.” That makes me a little skeptical about the technology just because we have on record the extent to which that is so discouraging and will discourage individuals from pursuing services at all.

By the way, I support Sarah in saying these should be looked at and these can be improved. I like the idea of the app for translation.

I think it’s important to recognize the limitations of online consultation, especially with an expert from out of province, potentially, or even out of the region. First of all, there is getting a thorough diagnosis online. I think we are all somewhat inhibited by that when it comes to certain kinds of health issues, right? It could work in some and not in others. But the follow-up has to be local. You go online and get a diagnosis from a doctor at a distance, but then you need to follow up, know where to follow up, how to follow up and where to find English-language services in your treatment. To me, inevitably, it will boil down to some of the very same issues that we have.

Certainly, getting an accurate diagnosis and having a conversation where you understand that diagnosis and understand where to get it treated, how to get it treated, that is a huge missing piece for so many English speakers. “I wish I could have a conversation with my doctor. I wish I could leave the appointment understanding the medical language and the language in English, if possible.” Because all of us, even when it’s our first language, you can struggle when you’re in that doctor’s office. Goodness knows, you probably bring your daughter, your son, your whatever, because it takes about three pairs of ears to sort out what, in fact, is going on, especially in the more critical situations.

I can imagine technology helping to a degree. I think we can improve. We can improve on the capacity for interpretation or translation, but I also have my misgivings as to how far that could go to remedy the situation.

**Ms. Bowen:** I think it’s very important to be clear about what we mean by technology. When I was talking about this, I was not talking about putting people into voicemail hell, which is what a lot of people have experienced.

**Mme Pocock :** L’une des choses qui me viennent à l’esprit est la barrière incroyable que représente le téléphone. La plainte que l’on entend très souvent est la suivante : « Nous essayons de téléphoner, et on nous envoie dans un joyeux labyrinthe de “Allez ici, appuyez sur ce bouton”, et cetera. Nous n’obtenons pas de réponse ou, lorsque nous y parvenons enfin, c’est un message dans une langue que nous ne comprenons pas. Il ne nous reste plus qu’à raccrocher et à espérer que quelqu’un communique avec nous d’une autre manière. » Cela me rend un peu sceptique quant à la technologie, simplement parce que nous savons à quel point cela est décourageant et découragera les gens de demander des services.

Soit dit en passant, je suis d’accord avec Mme Bowen pour dire qu’il faut examiner ces applications et les améliorer. J’aime l’idée de l’application pour la traduction.

Je pense qu’il est important de reconnaître les limites de la consultation en ligne, surtout avec un expert de l’extérieur de la province, voire de la région. Tout d’abord, il s’agit d’obtenir un diagnostic complet en ligne. Je pense que nous sommes tous quelque peu inhibés par cela lorsqu’il s’agit de certains types de problèmes de santé, n’est-ce pas? Cela peut fonctionner dans certains cas et pas dans d’autres. Mais le suivi doit être local. Vous allez en ligne et obtenez un diagnostic d’un médecin à distance, mais vous devez ensuite faire un suivi, savoir où faire un suivi, comment faire le suivi et où trouver des services en anglais dans le cadre de votre traitement. Pour moi, inévitablement, cela se résumera à certains des mêmes problèmes que ceux que nous connaissons.

Il est certain que l’obtention d’un diagnostic précis et la tenue d’une conversation permettant de comprendre ce diagnostic et de savoir où et comment le faire traiter sont des éléments qui manquent cruellement à de nombreux anglophones. « J’aimerais pouvoir discuter avec mon médecin. J’aimerais pouvoir quitter le rendez-vous en comprenant la langue médicale et en anglais, si possible. » En effet, même s’il s’agit de notre langue maternelle, nous pouvons tous éprouver des difficultés lorsque nous nous trouvons dans le cabinet d’un médecin. Dieu sait que vous amenez probablement votre fille, votre fils, ou n’importe qui d’autre, parce qu’il faut environ trois paires d’oreilles pour comprendre ce qui se passe, en particulier dans les situations les plus critiques.

Je peux imaginer que la technologie puisse aider dans une certaine mesure. Je pense que nous pouvons l’améliorer. Nous pouvons améliorer la capacité d’interprétation ou de traduction, mais j’ai également des doutes quant à la mesure dans laquelle cela pourrait remédier à la situation.

**Mme Bowen :** Je pense qu’il est très important de clarifier ce que nous entendons par technologie. Lorsque j’en parlais, je ne disais pas qu’il faut faire vivre aux gens l’enfer de la messagerie vocale, ce que beaucoup de gens ont vécu.

Certainly, look at examples. You might be able to have psychiatric services in person — or almost face to face — with a psychiatrist who speaks your language versus being limited to what you can find in your own community. There needs to be caution, but there is potential. We need to be very cautious about what we mean when we say “technology.” It may allow people to have access to services they would not otherwise have. Some of the research on distance technology — and more has been done during COVID — shows that, in some situations, some people are happier with it. So we have to be open to that potential but just evaluate it very carefully as we go forward.

**Ms. Pocock:** Before we leave that — I’m sorry if I’m taking too much time — there have been programs using online technology for pursuing information. For disseminating information, it’s still very good. There are programs of, “Let’s get the community in the room. Let’s bring a professional online, and they will talk to us today about autism,” or cancer or what have you. That’s something that CHSSN has been doing for years, and with great success, in the area of disseminating information generally. That does promote a conversation. It does begin building trust with the system. With preventive measures — we’ve talked about the difference between a situation of surgery and learning how to prevent these illnesses, et cetera, before we’re in the throes of them — again, technology has great potential and is already being used.

**The Chair:** Thank you.

**Senator Clement:** Thank you both for being here. If it’s not already done, it would be great to have links to the research that both of you have done in this area. It’s fascinating.

I will start with Dr. Bowen. I was interested in you saying that there are four categories of language barriers: the immigrant community, official-language speakers in minority communities, Indigenous languages and sign language. Did you say that the impact is the same? A language barrier is a language barrier is a language barrier? Across the board, it’s the same?

**Ms. Bowen:** I actually said similar, not the same. Constituencies, I would say, rather than categories.

In Canada, those groups are covered by different legislation. They have access to different kinds of language access services, and often different advocates, and sometimes the solutions that they want are quite different. I don’t want to underestimate the intersectionality.

Regardez les exemples. Vous pourriez avoir des services psychiatriques en personne — ou presque en personne — avec un psychiatre qui parle votre langue plutôt que d’être limité à ce que vous pouvez trouver dans votre propre collectivité. Il faut être prudent, mais il y a du potentiel. Nous devons être très prudents lorsque nous parlons de « technologie ». Cela pourrait permettre aux gens d’avoir accès à des services qu’ils n’auraient pas autrement. Certaines recherches sur la technologie à distance — et on en a fait davantage pendant la pandémie de COVID-19 — montrent que, dans certaines situations, certaines personnes en sont plus satisfaites. Nous devons donc être ouverts à cette possibilité, mais l’évaluer très soigneusement au fur et à mesure que nous avançons.

**Mme Pocock :** Avant de passer à autre chose — je suis désolée si je prends trop de temps — il y a des programmes qui utilisent la technologie en ligne pour la recherche d’information. Pour diffuser de l’information, c’est encore très bien. Il y a des programmes où l’on dit ceci : « Réunissons la communauté. Mettons un professionnel en ligne, et il nous parlera aujourd’hui d’autisme », de cancer et d’autres choses. C’est quelque chose que le RCSSS fait depuis des années, et avec beaucoup de succès, dans le domaine de la diffusion de l’information en général. Cela favorise la conversation. Cela permet d’instaurer un climat de confiance dans le système. En ce qui concerne les mesures préventives — nous avons parlé de la différence entre une intervention chirurgicale et le fait d’apprendre à prévenir ces maladies, et cetera, avant qu’elles ne se déclarent — là encore, la technologie présente un grand potentiel et est déjà utilisée.

**Le président :** Merci.

**La sénatrice Clement :** Merci à vous deux d’être ici. Si ce n’est pas déjà fait, ce serait bien d’avoir des liens vers les recherches que vous avez toutes les deux menées dans ce domaine. C’est fascinant.

Je vais commencer par Mme Bowen. J’ai trouvé intéressant que vous disiez qu’il y a quatre catégories de barrières linguistiques, qui tiennent à la communauté immigrante, aux locuteurs de langue officielle dans les communautés minoritaires, aux langues autochtones et à la langue des signes. Avez-vous dit que les répercussions sont les mêmes? Une barrière linguistique est toujours une barrière linguistique, n’est-ce pas? Dans tous les cas, c’est la même chose?

**Mme Bowen :** En fait, j’ai dit similaire, pas identique. Je dirais plutôt « groupes » que « catégories ».

Au Canada, ces groupes de locuteurs sont assujettis à des lois différentes. Ils ont accès à des types de services d’accès linguistique différents, et souvent à des défenseurs différents, et parfois les solutions qu’ils veulent sont très différentes. Je ne veux pas sous-estimer l’intersectionnalité.

What I'm talking about is the language barrier itself. Now, things may be worse or more complicated if there are other factors for some of those communities. Is my experience as a unilingual anglophone who may be visiting in Quebec and has a problem the same as an Indigenous person who has a language barrier? I would say not. But the impact of the language barrier itself and the potential for risk is there. I'm fortunate enough not to be suffering some of the other dynamics that might get into that interaction.

**Senator Clement:** Have you done research on the intersectionality and the different impact there?

**Ms. Bowen:** The focus of my research has been to look at the international literature and to synthesize it and to interpret it in the Canadian context. Have I done that research directly myself? No, I have not. Am I familiar with the research in that area? Absolutely.

Some of the earlier research on language barriers actually didn't look at language. A lot of it was coming out of the U.S. and was focusing on race and Hispanic ethnicity. It's only as the research got more sophisticated that they attempted to disentangle — and I think that's the best way to put it — the independent impact of language and that of racism and of lack of opportunity in some countries, for example, not having a public health care system. Are you in the private system, or do you have nothing? The more recent research actually has done a good job of disentangling that, and what is emerging is that, in many cases, the impact of language barriers — well, it is certainly greater than that of culture. You can't say it is greater than that of racism. We tended, in the past, to explain things in the terms of cultural differences or treating people differently because of their culture. The research is saying, no, if you allow people to speak for themselves, they will tell you what is important to them. Don't assume something about their culture. Let them speak for themselves.

**Senator Clement:** Thank you, Dr. Bowen.

Dr. Pocock, you spoke about the fact that anglophones represent a certain percentage in Quebec but they are under-represented within the health care sector in terms of providing services. I'm wondering about the reason for that and the impact of that, particularly in the area of mental health services. Could you comment on that?

**Ms. Pocock:** If I go into the census data and look into the health and social services industry, as Statistics Canada would refer to it, and I look at the various professions — you mentioned mental health, and I would note that the rate of psychologists and psychiatrists who come from the

Ce dont je parle, c'est la barrière linguistique elle-même. Maintenant, les choses peuvent être pires ou plus compliquées s'il y a d'autres facteurs en cause pour certaines de ces communautés. Mon expérience en tant qu'anglophone unilingue qui visite peut-être le Québec et a un problème est-elle la même que celle d'une personne autochtone qui se heurte à une barrière linguistique? Je dirais que non. Mais les répercussions de la barrière linguistique elle-même et le potentiel de risque sont là. J'ai la chance de ne pas souffrir des autres facteurs qui pourraient entrer en ligne de compte.

**La sénatrice Clement :** Avez-vous fait des recherches sur l'intersectionnalité et les différentes répercussions?

**Mme Bowen :** L'objectif de mes recherches a été d'examiner la littérature internationale, de la synthétiser et de l'interpréter dans le contexte canadien. Ai-je effectué ces recherches moi-même? Non, je ne l'ai pas fait. Est-ce que je connais les recherches dans ce domaine? Assurément.

Certaines des recherches antérieures sur les barrières linguistiques ne portaient pas sur la langue. Une bonne partie de ces recherches provenaient des États-Unis et se concentraient sur la race et l'ethnicité hispanique. Ce n'est qu'au fur et à mesure que les recherches se sont perfectionnées que l'on a tenté de démêler — et je pense que c'est la meilleure façon de le dire — les répercussions indépendantes de la langue et celles du racisme et du manque de possibilités dans certains pays, par exemple l'absence d'un système public de soins de santé. Êtes-vous dans le système privé, ou est-ce que vous n'avez rien? Les recherches les plus récentes ont bien réussi à démêler tout cela, et ce qui ressort, c'est que, dans de nombreux cas, les répercussions des barrières linguistiques sont certainement plus importantes que celles de la culture. On ne peut pas dire qu'elles sont plus importantes que celles du racisme. Dans le passé, nous avions tendance à expliquer les choses en parlant de différences culturelles ou de traiter les gens différemment à cause de leur culture. Les recherches disent que non, si vous permettez aux gens de parler pour eux-mêmes, ils vous diront ce qui est important pour eux. Ne présumez rien de leur culture. Laissez-les parler d'eux-mêmes.

**La sénatrice Clement :** Merci, madame Bowen.

Madame Pocock, vous avez parlé du fait que les anglophones représentent un certain pourcentage de la population québécoise, mais qu'ils sont sous-représentés dans le secteur des soins de santé pour ce qui est de la prestation de services. Je me demande ce qui justifie cela et quelles sont les répercussions, surtout dans le domaine des services de soins de santé mentale. Pourriez-vous vous prononcer à ce sujet?

**Mme Pocock :** Si je consulte les données du recensement et que j'examine le secteur de la santé et des services sociaux, comme l'appellerait Statistique Canada, ainsi que les diverses professions... Vous avez mentionné la santé mentale, et je note que le taux de psychologues et de psychiatres issus de la

English-speaking community is markedly low compared to francophones. So you can imagine how that plays into mental health. It is an area of health where language itself is the tool. It is the cure. It is the path to the cure. How can we undertake those cures and healing processes when we're not using the same language or comfortable in the language being used?

It happens to also be an area where having an accompaniment, having your caregiver come with you or having your family member come with you, can be very defeating. The process is undermined in the presence of my husband in the room translating for me and so on. It's an area that just doesn't lend itself to having an interpreter on the scene and working with that, or the app on the phone or something like that. You can imagine where that is the problem.

In terms of generally the representation in the health system of individuals from English-speaking communities, you ask why is that? To be frank, I'm not sure that I can answer that question. One thing about the English-speaking community is it's very diverse and much more diverse than its majority counterpart, in terms of visible minorities, in terms of religious affiliation, for example, in terms — we could name others. The anglophone community has many more newcomers and a much higher rate of immigrants in its population. As we know, a lot of those individuals face barriers in terms of certification and participation in the health field. A lot of the taxi drivers do arrive here being qualified doctors, but they can't enter the health system. I know that's at work. There's an interest in looking into that and seeing if that can be remedied in some way.

In general, the engagement of the anglophone community with the health system is poor. There are fears surrounding the health system. It's not easily engaged. I would imagine that that would affect the likelihood of a young person wanting to enter that kind of training and participate in the system. Rumour has it that the language testing is so rigorous that it's discouraging right off the bat for anglophones, that it is too rigorous. But, again, I'm not in a position to answer that. I don't want to pretend to know why that low rate of participation is there. I can only tell you that the numbers show it to be so.

**Senator Clement:** Thank you both for your work.

**The Chair:** Thank you.

**Senator Mockler:** To the two doctors, congratulations and thank you for coming in.

communauté anglophone est nettement inférieur à celui des francophones. Vous pouvez donc imaginer comment cela joue sur la santé mentale. C'est un domaine de la santé où la langue elle-même est un outil. C'est le remède. C'est la voie vers la guérison. Comment pouvons-nous entreprendre ces traitements et ces processus de guérison lorsque nous n'utilisons pas la même langue ou si nous ne sommes pas à l'aise dans la langue utilisée?

Il se trouve aussi que c'est un domaine où le fait d'être accompagné, d'avoir un soignant ou un membre de la famille qui vient avec vous, peut être très frustrant. Le processus est miné par la présence de mon époux dans la salle qui traduit pour moi et ainsi de suite. C'est un domaine qui ne se prête tout simplement pas à la présence d'un interprète sur les lieux et à l'utilisation d'une application sur le téléphone ou quelque chose du genre. Vous pouvez imaginer le problème.

En ce qui concerne la représentation générale des personnes issues des communautés anglophones dans le système de santé, vous demandez pourquoi il en est ainsi. Pour être franche, je ne suis pas certaine de pouvoir répondre à cette question. Ce qu'il y a avec la communauté anglophone, c'est qu'elle est très diversifiée et beaucoup plus diversifiée que son homologue majoritaire, pour ce qui est des minorités visibles, de l'appartenance religieuse, par exemple, et nous pourrions en nommer d'autres. La communauté anglophone compte beaucoup plus de nouveaux arrivants et un taux beaucoup plus élevé d'immigrants dans sa population. Comme nous le savons, beaucoup de ces personnes se heurtent à des obstacles en matière de certification et de participation dans le domaine de la santé. Beaucoup de chauffeurs de taxi arrivent ici en étant des médecins qualifiés, mais ils ne peuvent pas entrer dans le système de santé. Je sais que c'est le cas. Il est intéressant de se pencher sur cette question et de voir s'il est possible d'y remédier d'une manière ou d'une autre.

En général, la participation de la communauté anglophone au système de santé est médiocre. Il y a des craintes au sujet du système de santé. Ce n'est pas facile d'y participer. J'imagine que cela aurait une incidence sur la probabilité qu'un jeune veuille suivre ce genre de formation et participer au système. La rumeur veut que les tests linguistiques soient si rigoureux qu'ils découragent d'emblée les anglophones : ils sont trop rigoureux. Mais, encore une fois, je ne suis pas en mesure de répondre à cette question. Je ne veux pas prétendre savoir pourquoi le taux de participation est si faible. Je peux seulement vous dire que les chiffres le montrent.

**La sénatrice Clement :** Merci à vous deux de votre travail.

**Le président :** Merci.

**Le sénateur Mockler :** Aux deux spécialistes, félicitations et merci d'être venues.

I have a few questions on the knowledge that you have of this history. I would like to have your opinion on the following: In the last 20 years, have we had any progress in providing services to our people?

[*Translation*]

Ms. Bowen, you've done a lot of work, it seems, with Société Santé en français. How do you compare what Société Santé en français offers to francophones versus anglophones living in a minority situation outside Quebec?

[*English*]

**Ms. Bowen:** I'm really not capable — I don't have any background in order to answer that question.

**Senator Mockler:** But you did studies, according to the information that we have, with Société Santé en français?

**Ms. Bowen:** They commissioned me for one of the research reports I did. That was an update on one of the ones that I did earlier for Health Canada, but I didn't work for SSF. I have also had interactions with and done presentations for and provided consultation for CHSSN as well in the past. I don't work for a particular organization.

**Senator Mockler:** Ms. Pocock, any comments on the question?

**Ms. Pocock:** I'm hearing the question as: "Have we seen progress and improvements?"

I'm going to go back to the partnership and networking approach and talk about the results that have come from that. Definitely there is an increased awareness at the regional level vis-à-vis their system, especially if they've been working with these regional access committees.

There is an increased awareness of the situation of the English-speaking communities and patients. When things began for CHSSN 20 years ago — and I've been supporting them in research as a third-party researcher — they would knock on the doors of these potential partners and collaborators, and the health system was surprised to find there was an English-speaking community in the area. They were literally invisible, depending on what region you were in. That partnering and collaborating and the proactive approach of the community organization that opened doors began with awareness.

There is an increased awareness of services that are available by the community, an increased awareness by the system, by the health professionals and so on, of that local community, so that is progress. In terms of these regional access committees where,

J'ai quelques questions sur les connaissances que vous avez de cette histoire. J'aimerais avoir votre avis sur les points suivants : au cours des 20 dernières années, avons-nous progressé dans la fourniture de services à notre population?

[*Français*]

Madame Bowen, vous avez fait beaucoup de travail, semble-t-il, avec la Société Santé en français. Comment comparez-vous ce que la Société Santé en français offre aux personnes de langue française par rapport aux anglophones qui vivent dans une situation minoritaire à l'extérieur du Québec?

[*Traduction*]

**Mme Bowen :** Je ne suis pas vraiment en mesure de répondre à cette question, car je n'ai aucune expérience en la matière.

**Le sénateur Mockler :** Mais vous avez réalisé des études, selon les renseignements dont nous disposons, avec Société Santé en français?

**Mme Bowen :** Ils m'ont commandé l'un des rapports de recherche que j'ai réalisés. Il s'agissait d'une mise à jour de l'un des rapports que j'avais réalisés précédemment pour Santé Canada, mais je ne travaillais pas pour la SSF. J'ai également eu des interactions avec le RCSSS et j'ai fait des exposés pour lui et je l'ai consulté dans le passé. Je ne travaille pas pour une organisation particulière.

**Le sénateur Mockler :** Madame Pocock, souhaitez-vous commenter la question?

**Mme Pocock :** J'entends la question comme suit : avons-nous constaté des progrès et des améliorations?

Je vais revenir à l'approche de partenariat et de réseautage et parler des résultats qui en découlent. Il est certain qu'il y a une prise de conscience accrue à l'échelon régional à l'égard de leur système, surtout s'ils ont travaillé avec ces comités d'accès régionaux.

Il y a une prise de conscience accrue à l'égard de la situation des communautés et des patients d'expression anglaise. Lorsque les choses ont commencé pour le RCSSS il y a 20 ans — et je les ai appuyés dans le cadre de la recherche en tant que chercheure tiers — ils frappaient à la porte de ces partenaires et de ces collaborateurs potentiels, et le système de santé a été surpris de constater qu'il y avait une communauté anglophone dans la région. Ils étaient littéralement invisibles, selon la région où vous vous trouviez. Ce partenariat et cette collaboration ainsi que l'approche proactive de l'organisme communautaire qui a ouvert les portes ont commencé par la sensibilisation.

Il y a une prise de conscience accrue à l'égard des services qui sont offerts par la collectivité, une prise de conscience accrue par le système, par les professionnels de la santé et ainsi de suite, à l'égard de cette communauté locale, et ce sont donc des progrès.



for example, you have such leadership by the community organization providing the evidence base and the knowledge that the system, in fact, needs to develop its program and act on needs, that has been extremely important, and if I could get a health professional in the room, they would tell you the degree to which they are relying on those English-speaking organizations and how their knowledge has increased. So there is an improvement there.

Of course, there are all kinds of intangible improvements, like the increased trust in the system, the increased likelihood not to delay but to go to the system for the help that I need, and an improved awareness of the prevention program in my community so I can be on track for preventing cancer in my future and what have you. There are improvements I have noted, and an increased satisfaction for all parties involved. There has been some surveying of health professionals, et cetera, who themselves feel that they are more successful in their work because they're aware and can communicate with these individuals who they could not manage the situation with before.

**The Chair:** Dr. Bowen, you wanted to add something?

**Ms. Bowen:** Yes, just a quick word about progress.

There has been some very good work and initiatives done to try and address the need for language access. I'm not going to talk specifically about the situation in Quebec, but across Canada and with other language constituencies, it is very, very spotty. In some areas, there has been very little progress at all. For example, if I were an immigrant arriving in most places in Canada right now, I don't think that the services would be necessarily any better than they would have been 20 years ago. That's not to underplay that there has been some really strong initiatives, but they are not consistently funded, they are very rarely built into health system policy, and they vary between the language constituencies themselves.

**Senator Mockler:** With the experiences you two have, you know Canada, without a doubt. Have you been consulted on Bill C-13, and, if so, when, and what have you recommended?

**Ms. Bowen:** No, I haven't.

**Ms. Pocock:** No, I haven't.

**The Chair:** Thank you.

We are almost at the end of our meeting, but I have two quick questions, or one quick question and maybe one longer one.

Pour ce qui est de ces comités régionaux où, par exemple, l'organisme communautaire fait preuve d'un tel leadership en fournissant la base de données et les connaissances dont le système a besoin pour élaborer son programme et répondre aux besoins, cela a été extrêmement important, et si je pouvais faire venir un professionnel de la santé dans la salle, il vous dirait à quel point il s'appuie sur ces organisations anglophones et à quel point ses connaissances sont améliorées. Il y a donc une amélioration à ce chapitre.

Bien sûr, il y a toutes sortes d'améliorations intangibles, comme la confiance accrue dans le système, la probabilité accrue de ne pas retarder les choses, mais de s'adresser au système pour obtenir l'aide dont j'ai besoin, et une meilleure sensibilisation au programme de prévention dans ma collectivité afin que je puisse être sur la bonne voie pour prévenir le cancer à l'avenir et ainsi de suite. J'ai noté des améliorations et une satisfaction accrue pour toutes les parties concernées. Des enquêtes ont été menées auprès des professionnels de la santé, et d'autres, qui estiment eux-mêmes qu'ils réussissent mieux dans leur travail parce qu'ils sont au courant et peuvent communiquer avec ces personnes avec lesquelles ils ne pouvaient pas gérer la situation auparavant.

**Le président :** Madame Bowen, voudriez-vous ajouter quelque chose?

**Mme Bowen :** Oui, juste un mot sur le progrès.

D'excellents efforts et initiatives ont été déployés pour répondre aux besoins en matière d'accès linguistique. Je ne vais pas parler précisément de la situation au Québec, mais dans l'ensemble du Canada et dans d'autres circonscriptions linguistiques, c'est très inégal, très irrégulier. Dans certains domaines, il y a eu très peu de progrès. Par exemple, si j'étais un immigrant qui arrive dans la plupart des endroits du Canada à l'heure actuelle, je ne pense pas que les services seraient nécessairement meilleurs qu'ils l'étaient il y a 20 ans. Je ne veux pas sous-estimer le fait qu'il y a eu des initiatives vraiment solides, mais elles ne sont pas toujours financées, elles sont très rarement intégrées à la politique du système de santé, et elles varient entre les groupes linguistiques eux-mêmes.

**Le sénateur Mockler :** Avec l'expérience que vous avez toutes les deux, vous connaissez le Canada, sans aucun doute. Avez-vous été consultées sur le projet de loi C-13, et si oui, quand, et quelles ont été vos recommandations?

**Mme Bowen :** Non, je n'ai pas été consultée.

**Mme Pocock :** Non, je n'ai pas été consultée.

**Le président :** Merci.

Nous arrivons presque à la fin de notre réunion, mais j'ai deux questions rapides, ou une question rapide et peut-être une plus longue.

In your opinion, should language be a determinant of health? We know that determinants are taken into consideration when they are creating programs. Do you think that language should be a determinant of health? Do you have ideas on that?

**Ms. Bowen:** Well, I think it's difficult to say language is a determinant of health because it depends where you are speaking what language. Now, is the ability to communicate in the dominant language a determinant of health? It is, because it affects access and it affects quality of care, but I'd be very cautious about saying language is a determinant of health. If you are living in New Brunswick, you are more likely to be poor if you are a francophone. That may not be the case in other provinces. It actually has to do with what language is being spoken and what access to services are there in addition to any prejudices and biases that may be in the system.

**Ms. Pocock:** Certainly, where there are language barriers, we see a negative impact, and where there are no language barriers, there is a better quality of life and access to services. There has been research that's actually looking at the francophone community in Ontario. It's very clear, and the evidence underlines the fact, that if you want to live, and if you want to live as long as you can, make sure you get access to services in your own language. The comparison, the evidence, is clear. Whether that is to say language is a determinant of health, I don't know, but I tend to think of it that way because I just see the difference between those who are dealing with barriers and those who aren't. Certainly, where it is compounded with socio-economic status, for example, the evidence is clear that it marks the difference between quality of life and a lower quality of life.

**The Chair:** Thank you.

To conclude, what should the federal government do better in terms of federal transfers or other initiatives to help tackle the issues around language barriers? Do you have any ideas on that, Dr. Bowen? We are doing a study, and we will produce a report, and it will go to government. Do you have any ideas to conclude tonight?

**Ms. Bowen:** Well, of course, it is very difficult with health being a provincial responsibility.

**The Chair:** Yes.

**Ms. Bowen:** But I think of the issue of promoting standards and requirements in terms of funding for certain standards to be in place, and also that responses are based on evidence. Some of the responses and what we're putting funds into is not based on evidence. Those would be the two suggestions I would make.

Selon vous, la langue devrait-elle être un déterminant de la santé? Nous savons que les déterminants sont pris en considération au moment de la création de programmes. Pensez-vous que la langue devrait être un déterminant de la santé? Avez-vous des idées à ce sujet?

**Mme Bowen :** Eh bien, je pense qu'il est difficile de dire que la langue est un déterminant de la santé, parce que cela dépend de l'endroit où vous êtes lorsque vous parlez cette langue. Maintenant, la capacité de communiquer dans la langue dominante est-elle un déterminant de la santé? Bien sûr, parce qu'elle influe sur l'accès et sur la qualité des soins, mais je serais très prudente en disant que la langue est un déterminant de la santé. Si vous vivez au Nouveau-Brunswick, vous avez plus de chance d'être pauvre si vous êtes francophone. Ce n'est peut-être pas le cas dans d'autres provinces. Cela dépend en fait de la langue parlée et de l'accès aux services, en plus des préjugés et des partis pris qui peuvent exister dans le système.

**Mme Pocock :** Il est certain que là où il y a des barrières linguistiques, nous constatons des répercussions négatives, et là où il n'y en a pas, il y a une meilleure qualité de vie et un meilleur accès aux services. Des recherches ont été menées sur la communauté francophone de l'Ontario. Il est très clair, et les preuves le soulignent, que si vous voulez vivre, et si vous voulez vivre le plus longtemps possible, vous devez vous assurer d'avoir accès à des services dans votre propre langue. La comparaison, les preuves, sont claires. Je ne sais pas si cela revient à dire que la langue est un déterminant de la santé, mais j'ai tendance à penser ainsi parce que je vois la différence entre ceux qui sont confrontés à des obstacles et ceux qui ne le sont pas. Il est certain que lorsqu'elle est associée au statut socioéconomique, par exemple, il est évident qu'elle marque la différence entre la qualité de vie et une qualité de vie moindre.

**Le président :** Merci.

Pour conclure, qu'est-ce que le gouvernement fédéral devrait faire de mieux en matière de transferts fédéraux ou d'autres initiatives pour aider à régler les problèmes liés aux barrières linguistiques? Avez-vous des idées à ce sujet, madame Bowen? Nous menons une étude et nous produirons un rapport qui sera transmis au gouvernement. Avez-vous des idées pour conclure ce soir?

**Mme Bowen :** Eh bien, évidemment, c'est très difficile, puisque la santé est une responsabilité provinciale.

**Le président :** Oui.

**Mme Bowen :** Mais je pense qu'il peut promouvoir des normes et des exigences en matière de financement pour que certaines normes soient mises en place, et aussi s'assurer que les réponses sont fondées sur des données probantes. Certaines des réponses et ce à quoi nous consacrons des fonds ne sont pas fondés sur des données probantes. Ce sont les deux suggestions que je ferais.

**The Chair:** Thank you.

Dr. Pocock?

**Ms. Pocock:** I would support Ms. Bowen in that statement.

In the models and the approach to health that I've shared to you, where successes have been seen, Health Canada has investment in those, and they should have confidence to continue supporting those and, perhaps, to support them even more than they have. The liaison, model, for example, that I've suggested, works. It's effective. It seems to work with the nature of the English-speaking population and its various characteristics, et cetera.

**The Chair:** Dr. Pocock and Dr. Bowen, thank you so much for your presentations and this great conversation here. It will help us.

**Ms. Bowen:** Thank you for the opportunity.

**The Chair:** Colleagues, that concludes our testimonies today, but before we close, we will move in camera.

(The committee continued in camera.)

**Le président :** Merci.

Madame Pocock?

**Mme Pocock :** Je suis d'accord avec Mme Bowen.

Dans les modèles et l'approche en matière de santé dont je vous ai parlé, où l'on a constaté des réussites, Santé Canada a investi dans ceux-ci, et il devrait être confiant et continuer de les soutenir et, peut-être, de les soutenir encore plus qu'il ne l'a fait jusqu'à présent. Le modèle de liaison, par exemple, que j'ai suggéré, fonctionne. Il est efficace. Il semble fonctionner avec la nature de la population anglophone et ses diverses caractéristiques, et cetera.

**Le président :** Madame Pocock et madame Bowen, merci beaucoup de vos exposés et de cette excellente conversation. Cela nous aidera.

**Mme Bowen :** Je vous remercie de l'occasion que vous nous avez offerte.

**Le président :** Mesdames et messieurs, cela met fin à nos témoignages aujourd'hui, mais avant de terminer, nous allons passer à huis clos.

(La séance se poursuit à huis clos.)