

**EVIDENCE**

OTTAWA, Monday, November 6, 2023

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

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

[*English*]

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

Before we begin, I wish to invite committee members participating in today's meeting to introduce themselves, starting with the deputy chair of the committee.

**Senator Poirier:** Good evening. Rose-May Poirier from New Brunswick.

[*Translation*]

**Senator Mégie:** Marie-Françoise Mégie, senatorial division of Rougemont, Quebec.

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

**The Chair:** Thank you. Welcome, colleagues, and welcome to our viewers across the country.

[*English*]

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

[*Translation*]

Colleagues, we're celebrating National Francophone Immigration Week, which is being celebrated across Canada this week in early November. Together, we celebrate the valuable contributions of French-speaking immigrants to our francophone and Acadian communities.

The Standing Senate Committee on Official Languages studied francophone immigration to Canada a few months ago, and we heard directly from these communities. The message was unequivocal: immigrants play a crucial role in maintaining the strength and vitality of Canada's francophonie.

In March, our committee made a number of practical recommendations to strengthen Canada's francophonie. I invite all of you who listen to this committee to read this important

**TÉMOIGNAGES**

OTTAWA, le lundi 6 novembre 2023

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

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

[*Traduction*]

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

Avant de commencer, j'inviterais les membres du comité présents aujourd'hui à se présenter, en commençant par la vice-présidente du comité.

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

[*Français*]

**La sénatrice Mégie :** Marie-Françoise Mégie, division sénatoriale de Rougemont, au Québec.

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

**Le président :** Merci. Je vous souhaite la bienvenue, chers collègues, ainsi qu'aux téléspectateurs de tout le pays qui nous regardent.

[*Traduction*]

J'aimerais souligner que je participe à cette réunion depuis le territoire non cédé de la nation algonquine anishinaabe.

[*Français*]

Chers collègues, nous célébrons la Semaine nationale de l'immigration francophone qui est soulignée cette semaine partout au Canada au début du mois de novembre. Célébrons ensemble les précieuses contributions des immigrants d'expression française à nos communautés francophones et acadiennes.

Le Comité sénatorial permanent des langues officielles a étudié l'immigration francophone au Canada il y a quelques mois, et nous avons entendu directement les témoignages de ces communautés. Le message était sans équivoque : les immigrants jouent un rôle crucial dans le maintien de la force et de la vitalité de la francophonie canadienne.

En mars, notre comité a formulé plusieurs recommandations pratiques visant à renforcer la francophonie canadienne. Je vous invite tous et toutes, auditeurs et auditrices de ce comité, à

report, which you can find on the Senate of Canada website at [sencanada.ca](http://sencanada.ca). Thank you.

[*English*]

Tonight, we continue our study on minority-language health services. For our first panel, we are pleased to welcome representatives from the Quebec Community Groups Network, Ms. Eva Ludvig, president, and Sylvia Martin-Laforge, director general, are joining us via video conference. Good evening, and thank you again for being with us. Thank you for your contribution to the work of our committee. We now are ready to hear your opening remarks, followed by a question-and-answer period.

Ms. Ludvig, the floor is yours.

**Eva Ludvig, President, Quebec Community Groups Network:** Good afternoon, Senator Cormier — or should I say good evening, as it is dark outside — and Senator Poirier and honourable members of the committee. I'm Eva Ludvig, President of the Quebec Community Groups Network, or QCGN. It is a pleasure to be back before you as you study minority-language health services.

With me today I'm pleased to have Sylvia Martin-Laforge, our director general.

Earlier this year, the Community Health and Social Services Network, also known as CHSSN, testified in this study and provided you with an excellent brief describing the demographics of English-speaking Quebec and the reality we face in health and social services.

We also draw your attention to this committee's 2011 report, *The Vitality of Quebec's English-speaking Communities: From Myth to Reality*, which remains an important and relevant piece of policy research related to your current study.

The QCGN would like to focus its testimony on the inclusion of language clauses in federal health transfers.

I would like to begin by commenting on the stubborn level of myth surrounding life as a member of English-speaking Quebec. One enduring and particularly troubling myth often repeated by Quebec francophone parliamentarians is English-speaking Quebecers have access to health and social services in their language across Quebec through a network of English institutions. There are currently 12 health and social service network organizations, largely concentrated in the Montreal region, recognized by the L'Office québécois de la langue française as having special status under the Charter of the French

prendre connaissance de ce rapport important que vous pouvez trouver sur le site Web du Sénat du Canada à [sencanada.ca](http://sencanada.ca). Merci.

[*Traduction*]

Ce soir, nous poursuivons notre étude sur les services de santé dans la langue de la minorité. Nous sommes heureux d'accueillir pendant la première heure des représentantes du Quebec Community Groups Network, Mme Eva Ludvig, présidente, et Mme Sylvia Martin-Laforge, directrice générale, qui se joignent à nous par vidéoconférence. Bonsoir et merci encore une fois d'être avec nous. Nous vous remercions de votre contribution aux travaux de notre comité. Nous sommes maintenant prêts à écouter votre déclaration liminaire et nous enchaînerons avec la période des questions.

Madame Ludvig, vous avez la parole.

**Eva Ludvig, présidente, Quebec Community Groups Network :** Bonjour sénateur Cormier, sénatrice Poirier, et honorables membres du comité. Je devrais plutôt dire bonsoir puisqu'il fait noir dehors. Je m'appelle Eva Ludvig, présidente du Quebec Community Groups Network, ou QCGN. C'est un plaisir de venir témoigner dans le cadre de votre étude sur les services de santé dans la langue de la minorité.

J'ai le plaisir d'être accompagnée de Sylvia Martin-Laforge, notre directrice générale.

Au début de l'année, une représentante du Réseau communautaire de santé et de services sociaux, ou CHSSN, est venue témoigner dans le cadre de cette étude et vous a remis un excellent mémoire dans lequel on décrivait les caractéristiques démographiques des communautés anglophones du Québec et la situation relative aux services de santé et aux services sociaux.

Nous attirons aussi votre attention sur votre rapport de 2011 intitulé *L'épanouissement des communautés anglophones du Québec: du mythe à la réalité* qui demeure un document de recherche stratégique important et pertinent en lien avec votre étude actuelle.

Le Quebec Community Groups Network souhaite concentrer son témoignage sur l'inclusion de clauses linguistiques dans les transferts fédéraux en santé.

J'aimerais commencer par vous parler du mythe tenace qui entoure la vie d'un membre d'une communauté anglophone au Québec. Un mythe tenace et particulièrement troublant, souvent répété par les parlementaires francophones du Québec, veut que les anglophones au Québec aient accès à des services sociaux et de santé dans leur langue partout dans la province via un réseau d'établissements anglophones. Il existe actuellement 12 organismes de santé et de services sociaux, largement concentrés dans la région de Montréal, qui sont reconnus par l'Office québécois de la langue française comme ayant un statut

language, or Charte de la langue française, that may communicate in a language other than French. All must provide services in the official language of Quebec. These are, in fact, bilingual institutions.

Moreover, as our brief points out, the right to access health and social services in Quebec in English has important limits. English services are not available in all institutions. What services are available are contained in access plans that are not easily accessible to the public, nor are they understandable to the average citizen. There are no posters or signs in institutions that tell patients what their rights are. Accessing services in English in Quebec is a voyage of discovery — a voyage with no map and no compass.

**Sylvia Martin-Laforge, Director General, Quebec Community Groups Network:** Members of this committee who participated in their historic study on English-speaking Quebec heard first-hand that this is simply not the case.

[*Translation*]

We heard heartbreaking stories of couples who had been married for a very long time, who had to live apart and end their lives in long-term care facilities, CHSLDs.

[*English*]

This is because they could not be accommodated together in English. There are stories of English-speaking mothers from remote regions travelling to hospitals alone to give birth in institutions that were unable to provide services in English.

The recently modernized Official Languages Act contains new obligations on federal institutions when negotiating agreements with the provinces and territories. Institutions must:

. . . take the necessary measures to promote, when negotiating agreements with the provincial and territorial governments, including funding agreements, that may contribute to the implementation of the commitments . . . .

This is to, amongst other things, enhance the vitality of English and French linguistic minority communities. Moreover, there are additional and clearer duties to consult with official language minority communities in the development of these agreements.

Finally, there is a new evaluation and monitoring provision contained in the act that requires institutions to establish mechanisms to track positive measures taken with intergovernmental agreements. New obligations under Part VII

particulier en vertu de la Charte de la langue française, et qui peuvent offrir des services dans une autre langue que le français. Tous doivent offrir des services dans la langue officielle du Québec. Il s'agit en fait d'établissements bilingues.

De plus, comme nous le faisons valoir dans notre mémoire, le droit d'accès à des services sociaux et de santé en anglais au Québec comporte d'importantes limites. Les services en anglais ne sont pas offerts dans tous les établissements. Les services qui sont offerts sont mentionnés dans les plans d'accès qui ne sont pas facilement accessibles au public ni compréhensibles pour le citoyen moyen. Il n'y a pas d'affiches ou de panneaux dans les établissements qui indiquent aux patients quels sont leurs droits. Accéder aux services en anglais au Québec est un voyage de découverte, sans carte ni boussole.

**Sylvia Martin-Laforge, directrice générale, Quebec Community Groups Network :** Les membres du comité qui ont participé à son étude historique sur les communautés anglophones du Québec ont entendu des témoins leur dire que ce n'est tout simplement pas le cas.

[*Français*]

On a entendu des histoires qui brisaient le cœur de couples mariés depuis très longtemps, qui devaient vivre séparés et finir leur vie dans des centres d'hébergement de soins de longue durée, les CHSLD.

[*Traduction*]

Si cela s'est produit, c'est parce qu'ils ne pouvaient pas être hébergés ensemble dans un établissement offrant des services en anglais. Il est arrivé aussi que des mères anglophones de régions éloignées se rendent seules à l'hôpital pour accoucher dans des établissements qui n'étaient pas en mesure de leur fournir des services en anglais.

La Loi sur les langues officielles, qui vient d'être modernisée, impose de nouvelles obligations aux institutions fédérales lorsqu'elles négocient des accords avec les provinces et les territoires. Les institutions doivent prendre :

... les mesures nécessaires pour favoriser, lorsqu'elles négocient avec les gouvernements provinciaux et territoriaux des accords — de financement ou autres — qui peuvent contribuer à la mise en œuvre des engagements...

On veut ainsi, entre autres, renforcer la vitalité des communautés anglophones et francophones en situation minoritaire. La loi leur impose en outre des obligations additionnelles et plus claires de consultation lors de l'élaboration de ces accords.

Enfin, la loi contient une nouvelle disposition qui porte sur l'évaluation et la surveillance et qui oblige les institutions à mettre en place des mécanismes de suivi des mesures positives prises dans le cadre des accords intergouvernementaux. Le

are imposed on the federal partner when entering into intergovernmental agreements. This is seen as an opportunity.

First, the Government of Canada has a duty to consult with English-speaking Quebec during the process of negotiating intergovernmental agreements to identify positive measures. The agreements themselves must contain positive measures, which are now subject to evaluation and monitoring.

English-speaking Quebec has an established consultation mechanism with Health Canada and the Government of Quebec to communicate our health priorities. The Community Health & Social Services Network, or CHSSN, a trusted community partner, is a key part of this process. The opportunity now exists to ensure that these priorities are reflected in the text of the Canada Health Transfer agreement. Moreover, the positive measures that enhance our community's vitality within this sector must be transparent and accountable.

The Government of Canada must avoid or at least mitigate the negative impacts of its actions on the vitality of English-speaking Quebec. However, the English-speaking community of Quebec sees no conflict between the Government of Canada's obligation to enhance the vitality of our community and the commitment to protect and promote French.

There is no case to be made that ensuring health and social services are made available to people in need in English in Quebec in any way threatens the French language.

**Ms. Ludvig:** Thank you. We look forward to your questions.

**The Chair:** Thank you so much for this presentation.

[*Translation*]

**Senator Mégie:** Mr. Chair, may I add something?

**The Chair:** Yes, please. Ladies and gentlemen, I would like to point out that we have quorum at this time. However, in order to secure our ability to meet should one of us ever be absent, I should have asked at the start of the meeting that a motion be proposed to ensure that if we lost quorum today, we could continue to hear witnesses and report back.

This is a procedure that exists elsewhere. So, Senator Mégie, do you have a motion to move? I apologize to our witnesses.

partenaire fédéral se voit donc imposer de nouvelles obligations dans la partie VII lorsqu'il conclut des accords intergouvernementaux. Nous y voyons une occasion à saisir.

Tout d'abord, le gouvernement fédéral a le devoir de consulter les anglophones du Québec au cours du processus de négociation des accords intergouvernementaux pour déterminer les mesures positives à prendre. Les accords en tant que tels doivent contenir des mesures positives, qui font désormais l'objet d'une évaluation et d'une surveillance.

Les communautés anglophones du Québec disposent d'un mécanisme de consultation établi avec Santé Canada et le gouvernement du Québec pour communiquer leurs priorités en matière de santé. Le Réseau communautaire de santé et de services sociaux, ou CHSSN, un partenaire communautaire de confiance, est un élément clé de ce processus. Il est donc possible maintenant de veiller à ce que l'on tienne compte de ces priorités dans le texte de l'accord sur le Transfert canadien en matière de santé. De plus, les mesures positives qui renforcent la vitalité de nos communautés dans ce secteur doivent être transparentes et assorties d'une reddition de compte.

Le gouvernement fédéral doit éviter ou, à tout le moins, atténuer les répercussions négatives de ses actions sur la vitalité des communautés anglophones du Québec. Mentionnons d'ailleurs que nous ne voyons aucun conflit entre l'obligation du gouvernement fédéral de favoriser l'épanouissement de nos communautés et l'engagement de protéger et de promouvoir le français.

En effet, rien n'indique que permettre l'offre de services sociaux et de santé en anglais aux personnes qui en ont besoin au Québec menace d'une quelconque façon la langue française.

**Mme Ludvig :** Je vous remercie. Nous serons heureuses de répondre à vos questions.

**Le président :** Je vous remercie beaucoup de votre déclaration liminaire.

[*Français*]

**La sénatrice Mégie :** Monsieur le président, est-ce que je peux ajouter quelque chose?

**Le président :** Oui, si vous le voulez bien. Chers collègues, je précise que nous avons le quorum en ce moment. Toutefois, afin de sécuriser notre capacité de nous réunir si jamais l'un de nous devait s'absenter, j'aurais dû demander au début de la réunion qu'une motion soit proposée afin de s'assurer que si l'on perdait le quorum aujourd'hui, on puisse continuer d'entendre des témoins et faire rapport.

C'est une procédure qui existe ailleurs. Donc, sénatrice Mégie, vous avez une motion à proposer? Je m'excuse auprès de nos témoins.

[English]

Witnesses, we will be with you in a second. We just want to make sure that we can be with you for the whole hour.

[Translation]

**Senator Mégie:** I move that, notwithstanding usual practice and in accordance with Standing Order 12-17, the committee be authorized to hear testimony this afternoon in the absence of a quorum, if necessary, provided that two members of the committee are present.

**The Chair:** Very well. Is this motion clear to you, colleagues? Do you give your consent?

**Some hon. senators:** Yes.

**The Chair:** Thank you very much, Senator Mégie. We can continue and we'll start the question period.

[English]

We will start with the deputy chair of the committee, Senator Poirier. The floor is yours.

**Senator Poirier:** Thank you both for being with us today. I have a couple of questions, and if time allows, I may come to a second turn.

I'm not going to start at the first question. I'm going to jump down, because you talked about the health transfers, and I had a question in and around that.

We've heard of multiple incidents where English-speaking Quebecers are denied health services in English. Why do you think this is happening more and more? Because we're hearing that this is happening more and more. How could the federal government work with the Quebec government to ensure that these incidents don't repeat themselves or get worse?

**Ms. Ludvig:** I can start. One of the ways that services are provided, as we mentioned in our document, is through access programs, which are not very well-known, as we also mentioned. It is complicated. It has taken many, many years to get these access programs approved. They were just approved very recently.

They are not necessarily well-known in institutions, so we have providers who don't know their obligations, and we have patients who don't know their rights. These are some of the obstacles.

[Traduction]

Nous serons avec vous dans un instant. Nous devons nous assurer de pouvoir vous consacrer une heure entière.

[Français]

**La sénatrice Mégie :** Je propose que, nonobstant la pratique habituelle et conformément à l'article 12-17 du Règlement, le comité soit autorisé à entendre des témoignages cet après-midi en l'absence de quorum, si nécessaire, pourvu que deux membres du comité soient présents.

**Le président :** Très bien. Est-ce que cette motion est claire pour vous, chers collègues? Est-ce que vous donnez votre consentement?

**Des voix :** Oui.

**Le président :** Merci beaucoup, sénatrice Mégie. Nous pouvons poursuivre et nous allons commencer la période des questions.

[Traduction]

Nous allons commencer par la vice-présidente du comité, la sénatrice Poirier. Vous avez la parole.

**La sénatrice Poirier :** Je vous remercie toutes les deux d'être avec nous aujourd'hui. J'ai quelques questions, et si le temps le permet, je participerai sans doute à la deuxième série de questions.

Je ne vais pas commencer par ma première question, mais passer à celle que j'avais plus loin sur les transferts en santé, dont vous avez parlé.

Nous avons entendu parler de multiples incidents au cours desquels des Québécois anglophones se sont vu refuser des services de santé en anglais. Pourquoi pensez-vous que cela se produit de plus en plus souvent? C'est ce que nous entendons dire. Comment le gouvernement fédéral pourrait-il collaborer avec le gouvernement du Québec pour veiller à ce que ces incidents ne se répètent pas ou ne s'aggravent pas?

**Mme Ludvig :** Je peux commencer. Les services sont notamment offerts dans le cadre des programmes d'accès, comme nous l'avons mentionné dans notre document, qui ne sont pas très bien connus, comme nous l'avons également mentionné. C'est compliqué. Il a fallu de très nombreuses années pour que ces programmes d'accès soient approuvés. Ils ne l'ont été que très récemment.

Ces programmes ne sont pas nécessairement bien connus dans les établissements, de sorte que nous avons des prestataires de soins qui ne connaissent pas leurs obligations, et des patients qui ne connaissent pas leurs droits. Ce sont là quelques-uns des obstacles.

Then we also have institutions that don't have the capacity to provide services in English, especially outside Montreal. It's a wide series of complex situations that requires attention and which we hope the federal government will help us with when working out transfer agreements with the Quebec government.

**Senator Poirier:** Explain to me what the first thing is, other than through the health transfers. What can we do immediately? If you're saying that there is this pilot project or access program out there, and, obviously, there are some people who don't know about it or know that the program exists, what can we do in the meantime until everything happens to make this more knowledgeable out there so that people would be aware of it?

**Ms. Ludvig:** Let me clarify. This is not a pilot project. It has been in place for a long time.

The problem is that it requires the approval of the provincial government, the access programs. It identifies each institution's obligation and how it's going to be providing access to the English-speaking population.

It has taken a very long time for these access programs to be approved. They have now been approved, and certainly the federal government can help in providing a means of promoting the information — I believe that is in their purview — and helping to promote the knowledge to make sure that the rights are known by patients.

We talked about how there's no signage and there's no information provided to patients. That certainly can be one way.

I will let Sylvia continue on that.

**Ms. Martin-Laforge:** Senators, a broader context in trying to understand what our rights are recently is certainly the introduction to the changes to Bill 101 and exemplary services. The English-speaking community has repeatedly said to the government that they are worried that their services in health institutions will in some way be curtailed. The access programs are there. There's a section also guaranteeing services to English-speaking Quebecers.

But with the advent of Bill 96, there is a worry that one of the aspects of the bill — in terms of exemplary services, in terms of human resources specifics, even to bilingual institutions — will in some way compromise our access to high level of access to services. So awareness is incredibly important. What we can expect, what we should expect and what we must expect is at play here with the amendments to Bill 101. There's misinformation about that as well.

Nous avons également des établissements qui n'ont pas la capacité de fournir des services en anglais, en particulier à l'extérieur de Montréal. Il existe donc une grande variété de problèmes complexes qui requièrent une attention particulière, et nous espérons que le gouvernement fédéral nous aidera à les résoudre lorsqu'il élabore des accords de transfert avec le gouvernement du Québec.

**La sénatrice Poirier :** Expliquez-moi quelle est la première chose à faire qui n'est pas liée aux transferts en santé. Que pouvons-nous faire immédiatement? Si vous dites qu'il y a ce projet pilote ou ce programme d'accès, et que, de toute évidence, des personnes n'en sont pas informées ou ne savent pas que cela existe, que pouvons-nous faire en attendant pour informer les gens à ce sujet?

**Mme Ludvig :** Permettez-moi de clarifier. Il ne s'agit pas d'un projet pilote. C'est là depuis très longtemps.

Le problème tient au fait que les programmes d'accès nécessitent l'approbation du gouvernement provincial. On y mentionne les obligations de chaque établissement et sa façon de procéder pour offrir un accès à la population anglophone.

Les programmes ont mis beaucoup de temps à être approuvés. Ils le sont maintenant, et le gouvernement fédéral peut assurément jouer un rôle en fournissant des moyens pour promouvoir l'information — je pense que c'est de son ressort — et veiller à ce que les patients soient au courant de leurs droits.

Nous avons mentionné qu'il n'y a pas d'affiches et pas d'information fournie aux patients. Cela pourrait être une façon de faire.

Je vais demander à Mme Martin-Laforge de vous donner plus de détails.

**Mme Martin-Laforge :** Pour essayer de comprendre quels sont nos droits, il faut les situer dans le contexte plus large des changements apportés dernièrement à la loi 101 et des services exemplaires. La communauté anglophone a dit à plusieurs reprises au gouvernement qu'elle craignait que les services dans les établissements de santé ne soient réduits. Les programmes d'accès sont là. Il y a aussi une section qui garantit aussi l'offre de services aux Québécois anglophones.

Toutefois, depuis l'adoption du projet de loi 96, on craint que l'un des aspects de la loi — concernant les services exemplaires, les ressources humaines et même les établissements bilingues — ne compromette d'une certaine façon notre accès à un haut niveau de service. La sensibilisation est donc extrêmement importante. Ce qui est en jeu ici dans la foulée des modifications apportées à la loi 101, c'est ce à quoi nous pouvons nous attendre, nous devrions nous attendre et nous devons nous attendre. Il y a aussi de fausses informations qui circulent.

**The Chair:** Can I ask a supplementary question? It might sound obvious, but what are the access programs, what are they comprised of? This is so we can understand what the challenge is here.

**Ms. Ludvig:** Yes. This is under provincial legislation, created at a provincial committee made up of community representatives that sit down and work with government representatives to develop programs for each institution as to how they can provide services in English to English-speaking clientele or patients. These access plans are then approved by the government. Once they become approved, then each institution is to implement it. The understanding is that the institutions are varied throughout the province. They each have different capacities, and they will each find different ways of providing services. The important thing behind this is that it's adapted to each individual institution to make sure they are capable of doing that.

Whether they are implemented — and implemented in a proper fashion — is what's in question here. As I mentioned, two things are at issue here: Do people know what their rights are? And then do the employees know what their obligations are, and do they have the capacity? Do they speak English well enough to be able to provide the services?

This is when the rubber hits the road, and this is where we find that there are problems.

**Senator Poirier:** To follow up on that, we're hearing that more and more of the problem is the anglophone community are being denied health services, so I'm questioning if the access program, which is provincial, I understand, is not working to the extent that we would hope it would be working nowadays, is there anything the federal government can do that would enhance or help that? Would it be by changing the mandatory language clause in the health transfer? Would that help at all? What would help? What would you recommend at this point?

**Ms. Ludvig:** One of the important things in the transfer programs is the accountability of the provincial government to follow through with its responsibilities in implementing the agreements and consulting the community, which is also very important. These are things that we are hoping to see in the new transfer agreements with the province. Our experience with other transfer agreements has not been as positive as it should be.

**Senator Poirier:** We're trying to see which way the federal government can help. If I'm understanding correctly, then the health transfer agreements have a key role to play and that the government can play; am I right?

**Le président :** Puis-je poser une question complémentaire? Cela peut sembler évident, mais quels sont les programmes d'accès, en quoi consistent-ils? Cela nous aidera à comprendre en quoi consiste le défi ici.

**Mme Ludvig :** Oui. Ces programmes sont le fruit d'une loi provinciale, ont été créés par un comité provincial composé de représentants de la communauté qui travaillent avec des représentants du gouvernement afin de préparer des programmes pour chaque établissement sur sa façon de fournir des services en anglais à la clientèle ou aux patients anglophones. Ces programmes d'accès sont ensuite approuvés par le gouvernement. Une fois qu'ils sont approuvés, chaque établissement doit les mettre en œuvre. On part du principe que les établissements sont différents dans la province. Ils ont tous des capacités différentes et trouveront tous des moyens différents de fournir des services. L'idée importante derrière cela est de faire en sorte que chaque établissement puisse trouver une solution qui lui convienne.

Le problème ici est de savoir si ces programmes sont mis en œuvre, et s'ils le sont de manière appropriée. Comme je l'ai mentionné, deux éléments sont en cause ici : les gens connaissent-ils leurs droits? Et les employés connaissent-ils leurs obligations et ont-ils la capacité de les respecter? Parlent-ils suffisamment bien anglais pour être en mesure de fournir les services?

C'est là que le bât blesse, et c'est là où nous constatons qu'il y a des problèmes.

**La sénatrice Poirier :** Pour rebondir sur ce qui vient d'être dit, nous entendons dire que le problème est de plus en plus lié au fait que les anglophones se voient refuser l'accès à des soins de santé, alors je me demande si le programme d'accès, qui est provincial si je comprends bien, ne fonctionne pas aussi bien qu'on l'espérait. Y a-t-il quelque chose que le gouvernement fédéral peut faire pour améliorer la situation? Faudrait-il modifier la clause linguistique obligatoire dans le transfert en santé? Est-ce que cela serait utile? Qu'est-ce qui pourrait être utile? Que recommanderiez-vous à ce stade-ci?

**Mme Ludvig :** L'un des aspects importants des programmes de transfert est la reddition de compte, car le gouvernement provincial doit assumer ses responsabilités en mettant en œuvre les accords et, ce qui également très important, en consultant la communauté. Ce sont des éléments que nous espérons voir dans les nouveaux accords de transfert avec la province. Notre expérience lors d'autres accords de transfert n'a pas été aussi positive qu'elle aurait dû l'être.

**La sénatrice Poirier :** Nous tentons de déterminer ce que le gouvernement fédéral peut faire. Si je comprends bien, les accords de transfert en santé ont un rôle important à jouer et c'est là où le gouvernement peut intervenir. Ai-je raison?

**Ms. Ludvig:** Absolutely. And follow up to these agreements to make sure they're implemented.

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

**The Chair:** I will ask a question. You spoke about Part VII of the modernized Official Languages Act. As you know, federal institutions must now promote inclusion of language clauses in federal-provincial-territorial agreements that could, for example, affect the health sector. We know that. We know that the details of this new obligation will be set out in the forthcoming regulation. When she appeared before this committee, the President of the Treasury Board suggested that the process of developing and implementing a Part VII regulation could take a few years.

What are your specific expectations for the forthcoming Part VII regulation implementation, especially with regard to language clauses, but other issues that you would have? What would you say around the regulation that will have to be taken, of course, and is so important for the implementation of Part VII?

**Ms. Ludvig:** Yes. As you know, Senator Cormier, we ourselves had a lot of concerns about the modernization of the Official Languages Act. We are very anxious to see and to make sure, because we are counting on these regulations; the reassurances that we have received regarding our rights are that they will be respected and that the regulations will confirm this. Now you get me worried when we're talking about years and years, because we expect that it be done from day one.

**The Chair:** The government has to consult, right?

**Ms. Ludvig:** Absolutely.

**The Chair:** Have you been consulted, or have you been speaking with either Minister Boissonnault or Minister Anand on this regulation?

**Ms. Martin-Laforge:** Yes, we have been consulted. We have met with Minister Boissonnault, but not Minister Anand yet.

In the regulation, we will be specifically looking at the beginning of this understanding of an asymmetrical approach. There must not be an asymmetrical approach in the way that Part VII is envisaged in terms of accountability and transparency. If the Government of Canada does believe that asymmetry is the way to go from a legislative perspective, it must not have a negative impact on our community. I would say that in any other province, there is a danger in approaching Part VII and the regulations from an asymmetrical approach.

**Mme Ludvig :** Tout à fait. Il faut aussi qu'il assure un suivi pour veiller à ce que ces accords soient mis en œuvre.

**La sénatrice Poirier :** Je vous remercie beaucoup.

**Le président :** Je vais poser une question. Vous avez parlé de la partie VII de la Loi sur les langues officielles modernisée. Comme vous le savez, les institutions fédérales doivent maintenant promouvoir l'inclusion de clauses linguistiques dans les accords fédéraux-provinciaux-territoriaux qui pourraient toucher, par exemple, le secteur de la santé. Nous le savons. Nous savons que les détails de cette nouvelle obligation seront précisés dans le règlement à venir. Lors de sa comparution devant le comité, la présidente du Conseil du Trésor a laissé entendre que la préparation et la mise en œuvre du règlement relatif à la partie VII pourraient prendre quelques années.

Quelles sont précisément vos attentes relativement à la mise en œuvre de ce règlement, notamment en ce qui concerne les clauses linguistiques, et aussi d'autres enjeux? Que devrait prévoir le règlement qui est si important pour la mise en œuvre de la partie VII?

**Mme Ludvig :** D'accord. Comme vous le savez, sénateur Cormier, nous avons beaucoup de réserves au sujet de la modernisation de la Loi sur les langues officielles. Nous avons très hâte de voir le règlement, car nous comptons sur la réglementation. Nous avons reçu l'assurance que nos droits seront respectés et que le règlement le confirmera. Vous m'inquiétez quand vous parlez d'années, car nous nous attendons à ce que ce soit fait dès le premier jour.

**Le président :** Le gouvernement doit tenir des consultations, n'est-ce pas?

**Mme Ludvig :** Tout à fait.

**Le président :** Avez-vous été consultés, ou avez eu des discussions avec le ministre Boissonnault ou la ministre Anand au sujet du règlement?

**Mme Martin-Laforge :** Oui, nous avons été consultés. Nous avons rencontré le ministre Boissonnault, mais pas encore la ministre Anand.

Dans le règlement, nous nous attendons tout d'abord à mieux comprendre l'approche asymétrique. Il ne faut pas que la reddition de compte et la transparence concernant la partie VII fassent l'objet d'une approche asymétrique. Si le gouvernement fédéral considère qu'une approche asymétrique s'impose d'un point de vue législatif, il ne faut pas que cela ait des effets négatifs sur notre communauté. Je dirais que, partout ailleurs au pays, adopter une approche asymétrique relativement à la partie VII et au règlement présente un danger.



There needs to be a principled approach to Part VII in terms of impacts on any minority community, and of course we're speaking in favour of you looking at how you will be dealing with linguistic clauses or any other measure in terms of Part VII with Quebec. We are concerned.

**The Chair:** I understand. What could you tell us about positive measures? What are your expectations specifically concerning positive measures for the English minority in Quebec? Do you have specific ideas or needs that you're asking for so we can understand how concretely it could help your communities?

**Ms. Ludvig:** Positive measures mean that you know the community, that you consult the community and then you respond to the needs of the community. An institution doesn't decide that it is a one-size-fits-all and the English-speaking community itself is not homogeneous.

Communities out in the far regions, such as the Lower North Shore or Eastern Townships, have different needs than those in Montreal. Each of those needs has to be taken into consideration and applied. And it is not to use one model — a model that may have been defined perhaps for Ontario, Manitoba or Newfoundland — and then to apply that to the English-speaking community in Quebec.

To me, that is a fundamental basis for a positive measure. And then afterwards, it is to respond to those needs appropriately and sufficiently — the appropriate funding and follow-up to it, and all the other parts of the administration to ensure the community's vitality, each of the different parts of the English-speaking community. It's a big community. We're over 1 million in one province, dealing with one province, yet we have different needs in different areas. Some of those needs are more dire than others, depending on where they are and the kinds of services that are available to them.

**Ms. Martin-Laforge:** I think that special measures are patient outcomes and the workers in our community. A myriad of factors should be considered in ensuring that the health sector in Quebec is tooled to give services to the English-speaking community. Certainly, patient outcome is very important, but everything else in the sector, the whole infrastructure piece, has to be considered.

**Senator Poirier:** Often we hear that one of the issues we have sometimes is lack of manpower to offer the services everywhere in the province in both official languages. We hear the same comment in reverse when it's the rest of Canada, where it's the francophones who are in a minority situation where there's a lack of manpower.

Il faut que l'approche adoptée repose sur des principes et, bien entendu, nous souhaitons que vous vous penchiez sur les effets des clauses linguistiques et de toute autre mesure concernant la partie VII au Québec, car nous sommes inquiets.

**Le président :** Je comprends. Que pouvez-vous nous dire au sujet des mesures positives? Quelles sont vos attentes précisément concernant ces mesures pour la minorité anglophone au Québec? Avez-vous des idées ou des besoins précis à ce sujet, afin que nous puissions savoir concrètement comment aider vos communautés?

**Mme Ludvig :** Mettre en place des mesures positives, cela veut dire connaître la communauté et l'avoir consultée pour ensuite répondre à ses besoins. Une institution ne peut pas décider que des mesures s'appliquent à toutes les communautés, car la communauté anglophone n'est pas homogène.

Les communautés qui se trouvent dans des régions éloignées, comme sur la Basse-Côte-Nord ou dans les Cantons-de-l'Est, ont des besoins différents de celles qui se trouvent à Montréal. Chacun de ces besoins doit être pris en considération. De plus, on ne peut utiliser un modèle unique — qui peut avoir été préparé pour l'Ontario, le Manitoba ou Terre-Neuve — et l'appliquer à la communauté anglophone au Québec.

À mes yeux, une mesure positive repose sur ces éléments fondamentaux. Il faut ensuite répondre à ces besoins de manière appropriée et suffisante. Il faut qu'il y ait un financement et un suivi appropriés, et qu'on réponde à tous les autres besoins administratifs pour assurer la vitalité de la communauté, de chacune des différentes parties de la communauté anglophone. C'est une grande communauté. Nous sommes plus d'un million dans une province, à traiter avec une province, et nos besoins varient d'une région à l'autre. Certains besoins sont plus urgents que d'autres, en fonction de l'endroit où se trouve la communauté et des types de services qu'on y trouve.

**Mme Martin-Laforge :** Je pense que les mesures spéciales se rapportent aux résultats pour les patients et aux travailleurs dans notre communauté. Une myriade de facteurs devraient être pris en considération afin de s'assurer que le secteur de la santé au Québec a les outils nécessaires pour offrir des services à la communauté anglophone. Les résultats pour les patients sont certainement très importants, mais il faut aussi tenir compte de tout le reste dans le secteur, de toute la question de l'infrastructure.

**La sénatrice Poirier :** Nous entendons souvent dire que l'un des problèmes que nous avons parfois est le manque de main-d'œuvre pour offrir les services dans les deux langues officielles partout dans la province. Nous entendons la même chose en sens inverse à propos du reste du Canada, où il manque de personnes pour servir les francophones en situation minoritaire.

I'd like to know your thoughts on this: We've heard through the committee that the Community Health and Social Services Network and the Connexions Resource Centre explained how Health Canada's investment at McGill University is helping.

Could you let us know if there's anything else you think could be done to help integrate McGill's graduates from the medical facility into the Quebec environment in order to retain them in the province instead of having them move away?

**Ms. Ludvig:** As mentioned, it has been a successful program. By and large, we are producing health care workers who are able to work in French and English. The problem is more about having health care workers who can provide services in English. When I say "health care workers," I'm not just talking about doctors and nurses but about speech therapists, psychologists and psychiatrists, especially outside Montreal and in remote regions. That is an important area that needs to be studied further and supported, and the federal government can play a role in that.

**Senator Poirier:** When we talk about health services, we don't just talk about clinics or hospitals. In my point of view, we always include the nursing homes and special care homes.

Is the problem for the anglophone community equal among all those health institutions, or is it worse when it comes to the special care homes, specifically in the smaller communities? If yes, what suggestions can you provide in terms of what the federal government could do to help?

**Ms. Martin-Laforge:** Let me tell you that I'm on the board of Chez Doris, a women's shelter where 25%, if not more, of our clients' first official language spoken is Indigenous or Inuit. The pressure to get staff is incredible. They have to speak English. We have to remunerate them properly. We are in competition with old age homes and other places — not hospitals — that offer health care services. The broadening of our understanding of what needs to be done for the homeless, the elderly and autistic children is terrifically important.

There is a link. Last year, the expansion at Dawson College was cancelled. There was going to be training for health care services.

The federal government has a responsibility, I believe, to look at what is happening in the province and see where programs exist and where programs are needed to ensure we have the infrastructure required to serve the vulnerable, the sick and the elderly. That is an important thing to do.

J'aimerais avoir votre avis. Nous avons entendu par l'entremise du comité que le Réseau communautaire de santé et de services sociaux et le Connexions Resource Centre ont expliqué pourquoi l'investissement de Santé Canada à l'Université McGill est utile.

Pouvez-vous nous dire si une autre mesure pourrait être prise pour aider la transition des diplômés de McGill du centre médical à l'environnement québécois afin de les garder dans la province plutôt que de les laisser partir ailleurs?

**Mme Ludvig :** Comme je l'ai mentionné, c'est un programme couronné de succès. Dans l'ensemble, nous produisons des travailleurs de la santé qui peuvent travailler en anglais et en français. Le problème porte davantage sur le manque de travailleurs de la santé qui peuvent offrir des services en anglais. Lorsque je dis « travailleurs de la santé », je ne parle pas uniquement des médecins et des infirmières, mais aussi des orthophonistes, des psychologues et des psychiatres, surtout à l'extérieur de Montréal et dans les régions éloignées. C'est un aspect important qui doit être étudié davantage et financé, et le gouvernement fédéral peut jouer un rôle à cet égard.

**La sénatrice Poirier :** Lorsque nous parlons des services de santé, nous ne parlons pas seulement des cliniques et des hôpitaux. De mon point de vue, nous incluons toujours les foyers pour personnes âgées et les établissements de soins spéciaux.

Le problème pour la communauté anglophone est-il le même dans tous ces établissements de santé, ou est-ce pire dans les établissements de soins spéciaux, en particulier dans les petites collectivités? Dans l'affirmative, que pourrait faire le gouvernement fédéral selon vous pour aider?

**Mme Martin-Laforge :** Je siége au conseil de Chez Doris, un refuge pour femmes où le quart des clientes, voire plus ont comme première langue officielle une langue autochtone ou inuite. Les pressions exercées pour trouver du personnel sont énormes. Les employés doivent parler anglais. Nous devons les rémunérer correctement. Nous livrons concurrence aux foyers de personnes âgées et à d'autres établissements — pas les hôpitaux — qui offrent des soins de santé. Il est de la plus haute importance de mieux comprendre ce qui doit être fait pour aider les itinérants, les personnes âgées et les enfants autistes.

Il y a un lien. L'année dernière, le projet d'agrandissement au collège Dawson a été abandonné. Il devait s'y donner de la formation dans le domaine de la santé.

Je crois que le gouvernement fédéral a la responsabilité de regarder ce qui se fait dans la province et de voir quels programmes existent et à quels endroits ils sont nécessaires pour avoir une infrastructure qui permet de servir les personnes vulnérables, malades et âgées. Il est important de le faire.

What is needed as well is an understanding of the traditions and culture, certainly for the Indigenous who speak English. Those people have to come from an English-speaking place to be able to understand and to give the right service at the right time.

McGill is terrifically important. The attraction from outside of the province and from other countries of people who have a tradition of speaking English to patients is — [Technical difficulties] — needs to be connected to the culture. It's not just about the language; it's about the tradition and the culture.

**Senator Poirier:** With technology nowadays, it's important for specialists and different clinics to help out in a virtual environment. Is that something the federal government can help with? Is that efficient in Quebec at this point, to be able to reach out through technology?

**Ms. Martin-Laforge:** It's situational. We need a hug sometimes. Technology won't give us that hug.

My mother was francophone, but she raised me in English. She sang songs to me in English when I needed comforting. When I can't speak French anymore, I'm going to need that hug by somebody who can sing "Mother Goose" to me or something. Technology, absolutely, but let's not just rely on technology. I don't think you meant to say that either, senator.

**Senator Poirier:** I'm from New Brunswick. There are certain situations where now your whole medical history is online. No matter where you go, any doctor can click to it and get it. When it's a remote area, if there's an emergency or something comes up, sometimes you cannot get a person in the language of your choice to respond right away. The next solution is to do it in another way in order to at least get the answers and the help in an immediate situation or important emergency. I was wondering if that technology was available. Technology never replaces a human being as far as I'm concerned.

[Translation]

**Senator Mégie:** Thank you, witnesses, for being with us.

Do you have any data showing that there is a truly observable difference between the accessibility of health care for the English-speaking community and the community in general? Do you have any data on that?

[English]

**Ms. Ludvig:** There are many studies. I don't have anything right now in front of me, but I do know that the CHSSN, which appeared before you a bit earlier, does studies, and they are

Ce qu'il faut également, c'est une compréhension des traditions et de la culture, sans aucun doute pour les Autochtones qui parlent anglais. Ces personnes doivent venir d'un milieu anglophone pour pouvoir comprendre et donner le bon service au bon moment.

L'Université McGill est extrêmement importante. Attirer des gens de l'extérieur de la province, y compris d'autres pays, qui ont l'habitude de parler anglais aux patients est [difficultés techniques] doit être lié à la culture. Cela ne se limite pas seulement à la langue; c'est une question de tradition et de culture.

**La sénatrice Poirier :** Dans le contexte technologique actuel, il est important pour les spécialistes et différentes cliniques d'offrir de l'aide dans un environnement virtuel. Est-ce un dossier dans lequel le gouvernement fédéral peut aider? Est-ce efficace en ce moment au Québec, pour pouvoir communiquer avec les gens au moyen de la technologie?

**Mme Martin-Laforge :** C'est circonstanciel. Nous avons parfois besoin d'un câlin, et la technologie n'est pas en mesure de nous donner ce câlin.

Ma mère était francophone, mais elle m'a élevée en anglais. Elle me chantait des chansons en anglais quand j'avais besoin de réconfort. Lorsque je ne pourrai plus parler français, j'aurai besoin d'un câlin de la part de quelqu'un qui pourra me chanter « Mother Goose » ou quelque chose du genre. La technologie, absolument, mais ne comptons pas que sur elle. Je ne pense pas que c'est ce que vous vouliez dire, sénatrice.

**La sénatrice Poirier :** Je viens du Nouveau-Brunswick. Maintenant, il y a certains cas de figure où tous nos antécédents médicaux sont accessibles en ligne. Où que vous alliez, n'importe quel médecin pourra cliquer dessus et y avoir accès. Dans les régions éloignées, en cas d'urgence ou de problème, il est parfois impossible d'obtenir une réponse immédiate dans la langue de son choix. Cette solution offre une autre façon d'obtenir à tout le moins des réponses ainsi que de l'aide en temps réel ou dans des situations d'urgence. Je me demandais si cette technologie était en place. En ce qui me concerne, la technologie ne remplace jamais un être humain.

[Français]

**La sénatrice Mégie :** Merci aux témoins d'être parmi nous.

Avez-vous des données qui montrent l'existence d'une différence vraiment observable entre l'accessibilité des soins de santé de la communauté anglophone et la communauté en général? Avez-vous des données là-dessus?

[Traduction]

**Mme Ludvig :** Il existe de nombreuses études. Je n'ai rien sous la main, mais je sais que le Réseau communautaire de santé et de services sociaux, qui a comparé devant vous un peu plus

funded by the federal government specifically. They do studies and it's certainly something that we can make sure you receive. If you don't have access to that, we can make sure that you receive that afterwards.

[*Translation*]

**Senator Mégie:** It would be interesting to receive this data.

The English-speaking community has difficulty receiving certain types of care, but what I hear about in Quebec is always the labour shortage, among other things. Is the situation the same or more difficult for the English-speaking community compared to the general community when it comes to obtaining care? The community in general complains that it doesn't get enough care.

If you have any data that proves or illustrates this, we'd like you to share it with the committee.

I have a question for Ms. Martin-Laforge.

I think you were the one who mentioned earlier that there was a couple or couples who had to be placed in different CHSLDs, because some of them can't offer services in English.

With regard to the people who have lodged complaints, have any efforts been made to find a solution to this problem? Are there other challenges specific to Quebec, in addition to what you've just described?

**Ms. Martin-Laforge:** The challenges in the health care field are real for the majority francophone and English-speaking communities alike. There's a shortage of spaces, waiting lists are long, the needs of a man and a woman who want to live together are sometimes different, and the same services aren't offered in all establishments.

The health care sector is complicated throughout Quebec. We hear a lot about it. The added difficulty is language. Health care problems affect everyone, but language-related problems become even more complicated. Often, choices have to be made; families have to make choices.

I have some personal anecdotes to tell. The CLSC staff who come to care for a parent speak to us in English and French. It's important for that person. But it's not the same in every CLSC. Should we expect equal service across the province, whether for young people with disabilities or the elderly? The health care system has issues, but language is a particular problem.

tôt, fait des études, et qu'il est financé par le gouvernement fédéral. Nous pourrions certainement faire en sorte de vous procurer ces études. Si vous n'y avez pas accès, nous pouvons faire ce qu'il faut pour que vous les receviez.

[*Français*]

**La sénatrice Mégie :** Ce serait intéressant de recevoir ces données.

La communauté anglophone a de la difficulté à recevoir certains soins, mais ce dont j'entends parler au Québec, c'est toujours la pénurie de main-d'œuvre, entre autres. Est-ce que la situation est pareille ou plus difficile pour la communauté anglophone par rapport à la communauté en général pour ce qui est d'obtenir des soins? La communauté en général se plaint de ne pas recevoir assez de soins.

Si vous avez des données qui prouvent ou illustrent cette situation, nous aimerions que vous les fassiez parvenir au comité.

J'ai une question qui s'adresse à Mme Martin-Laforge.

Je pense que c'est vous qui avez mentionné plus tôt qu'il y avait un couple ou des couples qu'on devait placer dans des CHSLD différents, parce que certains d'entre eux ne peuvent pas offrir des services en anglais.

En ce qui concerne les personnes qui ont déposé des plaintes, y a-t-il des efforts qui ont été faits pour trouver une solution à ce problème? Y a-t-il d'autres défis à relever propres qui sont au Québec, en plus de ce que vous venez de décrire?

**Mme Martin-Laforge :** Les défis dans le domaine de la santé sont réels pour les francophones majoritaires comme pour la communauté d'expression anglaise. Il manque de places, les listes d'attente sont importantes, les besoins d'un homme et d'une femme qui veulent vivre ensemble sont parfois différents et on n'offre pas le même service dans un endroit par rapport à un autre.

Le secteur de la santé est compliqué partout au Québec. On entend beaucoup parler. La difficulté supplémentaire, c'est la langue. Les problèmes liés aux soins de santé touchent tout le monde, mais les problèmes liés à la langue deviennent encore plus compliqués. Souvent, on doit faire des choix; les familles doivent faire des choix.

J'ai des anecdotes personnelles à raconter. Le personnel du CLSC qui vient donner des soins à un parent nous parle en anglais et en français. C'est important pour cette personne. Toutefois, ce n'est pas pareil dans tous les CLSC. Est-ce qu'on doit s'attendre à un service égal partout dans la province, que ce soit pour des jeunes qui ont des déficiences ou des personnes âgées? Le système de santé est difficile, mais la langue représente un problème particulier.

**Senator Mégie:** Thank you. May I ask another question?

**The Chair:** Of course.

**Senator Mégie:** I'm going to change the subject. I'm going to talk about private facilities. I know that in Quebec, people often turn to private health care.

How can governments ensure that Quebec's English-speaking communities don't suffer from the privatization of health care? Have you thought of a solution or do you have any proposals to make?

[English]

**Ms. Ludvig:** I believe that's a problem for all Quebecers. Privatization has had an impact, depending on your financial ability, on the ability to access rapid services, adequate services, to not have to wait for a long time. That's a problem for all. Again, as Sylvia mentioned, even in this area, it becomes problematic when you introduce language as a part of the problem. I think that's a concern for all Quebecers, francophones and anglophones in privatization, and whatever solution is to be found, I think it's important for all Quebecers to have that solution.

[Translation]

**Senator Mégie:** All right. Thank you, senator.

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

[English]

It's good to see you again. Thank you for being with us. I think personal anecdotes are important. I'm listening to you, and I have to tell you, I live with a lot of intersectionality — a very busy intersection, actually. My father is a Black anglophone Montrealer and speaks with a Trinidadian accent. That has been an issue in terms of his being able to get services not only in English, but there's cultural competency as well.

I'm wondering if you're aware of groups that work particularly on that intersectionality, whether you work with them, who they are and how connected they are to the provincial or federal government. I just want to know who is out there and who is concerned about that kind of intersectionality. That's my first question.

Second, I was in Montreal on the weekend with the anglophone side of my family, and the anglophone community in Quebec feels embattled. The announcement of the tuition fees for non-Quebecers in universities has everybody reeling. I wonder about the effect of that on anglophone Quebecers, and the ability to fight and request respect for rights.

**La sénatrice Mégie :** Merci. Puis-je poser une autre question?

**Le président :** Bien sûr.

**La sénatrice Mégie :** Je vais changer de sujet. Je vais plutôt parler des établissements privés. Je sais qu'au Québec, les gens se tournent souvent vers les soins de santé privés.

Comment les gouvernements pourraient-ils faire en sorte que les communautés anglophones du Québec ne souffrent pas de la privatisation des soins de santé? Avez-vous pensé à une solution ou avez-vous des propositions à faire?

[Traduction]

**Mme Ludvig :** Je crois que c'est un problème pour tous les Québécois. À condition que vous puissiez vous le permettre, la privatisation a une incidence sur la possibilité d'accéder à des services rapides, à des services adéquats, sur le fait de ne pas avoir à attendre longtemps. C'est un problème pour tout le monde. Encore une fois, comme l'a dit ma collègue, même dans ce domaine, cela devient problématique de faire entrer en jeu la question de la langue. Je pense que la privatisation est une préoccupation pour tous les Québécois, les francophones comme les anglophones. Quelle que soit la solution qu'on trouvera, je pense qu'il est important qu'elle soit offerte à tous les Québécois.

[Français]

**La sénatrice Mégie :** D'accord. Merci.

**La sénatrice Clement :** Bonsoir, mesdames.

[Traduction]

C'est un plaisir de vous revoir. Merci d'être avec nous. Je pense que les anecdotes personnelles sont importantes. Je vous écoute et je dois vous dire que je vis l'intersectionnalité de façon très prononcée — c'est une intersection très occupée, en fait. Mon père est un Montréalais noir anglophone qui parle avec un accent trinitadien. Cela a été un problème pour lui lorsqu'il lui a fallu obtenir des services en anglais, certes, mais aussi des services adaptés sur le plan culturel.

Je me demande si vous connaissez des groupes qui travaillent particulièrement sur cette intersectionnalité, si vous travaillez avec eux, si vous savez qui ils sont et quels sont leurs liens avec le gouvernement provincial ou fédéral. Je veux simplement savoir s'il y a des gens qui se préoccupent de ce type d'intersectionnalité et qui ils sont. C'est ma première question.

Deuxièmement, j'étais à Montréal le week-end dernier. J'étais dans la partie anglophone de ma famille et j'ai constaté que la communauté anglophone du Québec se sent en difficulté. L'annonce des frais de scolarité pour les non-Québécois dans les universités a ébranlé tout le monde. Je m'interroge sur l'effet que cette mesure aura sur les Québécois anglophones et je me

**Ms. Ludvig:** First of all, let me just tell you that I don't think you're alone in intersectionality.

**Senator Clement:** I don't say I am.

**Ms. Ludvig:** I'm saying that is becoming more and more common, which is why we, as a society, have to respect the diversity of our community and the needs, and that diversity includes language. There are many community organizations that understand this. Some of them are part of the Quebec Community Groups Network. We have different organizations that are part of it, coming from different groups, and the commonality in our organizations is the English language.

Certainly, the more diverse you are, the more complex your needs are, diverse in terms of whether it be an accent or language, culture and so on. I don't think as a society here, at least not in Quebec, and I can't speak for the rest of the country — but certainly we have not yet come to terms with that and taken on that responsibility. We see that with the English-speaking community.

You speak about your experience with your family members in Montreal, and I have to tell you, my experience, and what I've seen more and more, is that the English-speaking community is worn down and tired. It's becoming more difficult to have some sort of optimism about our needs being taken into consideration. Will we receive the respect we want?

There is new legislation regarding health, Bill 15, which is now before the National Assembly. We are organizing a webinar to inform the public about this specifically, and again, we're going towards more centralized health services, which removes it from the community, removes it from reflecting or understanding the needs of the community into the hands of a centralized bureaucracy that doesn't necessarily understand. So we're removing local control and local input, and this is concerning.

When you have a diverse community — including language, but other parts of diversity — a government has to be able to respond to that in an appropriate manner and to respect that. We in the English-speaking community do not feel that has been the case in the past few years; and yet, we must continue to voice our disagreement to ensure that our rights are respected, and we at QCGN intend to continue that.

questionne sur la capacité de ces derniers à se battre et à demander le respect de leurs droits.

**Mme Ludvig :** Tout d'abord, permettez-moi de vous dire que je ne pense pas que vous soyez la seule à vivre en situation d'intersectionnalité.

**La sénatrice Clement :** Je ne dis pas que je le suis.

**Mme Ludvig :** Je dis que cela devient de plus en plus courant, et que pour cette raison, nous devons, en tant que société, respecter la diversité et les besoins de notre communauté, et cette diversité inclut la langue. Il existe de nombreux organismes communautaires qui comprennent cela. Certains d'entre eux font partie du Quebec Community Groups Network. Nous avons différents organismes qui proviennent de différents groupes, et le point commun de nos organismes est la langue anglaise.

Il est certain que plus on est diversifié, plus les besoins sont complexes, diversifiés sur le plan de l'accent, de la langue, de la culture, etc. En tant que société — du moins au Québec, et je ne peux pas parler pour le reste du pays —, je ne pense pas que nous ayons encore pris conscience de cela et assumé cette responsabilité. Nous le constatons dans la communauté anglophone.

Vous parlez de votre expérience avec les membres de votre famille à Montréal, et je dois vous dire que mon expérience — et c'est ce que je constate de plus en plus —, c'est que la communauté anglophone est usée et fatiguée. Il est de plus en plus difficile d'être optimiste quant à la prise en compte de nos besoins. Recevons-nous le respect que nous voulons?

L'Assemblée nationale examine actuellement une nouvelle loi sur la santé, le projet de loi 15. Nous organisons un webinaire pour informer le public à ce sujet. Encore une fois, on cible une centralisation accrue des services, ce qui va éloigner ces derniers de la communauté et les empêcher de comprendre les besoins de la communauté ou d'en tenir compte. En lieu et place, les services seront confiés à une bureaucratie centralisée qui ne comprend pas nécessairement à cette communauté. Il y a donc suppression du contrôle local et de l'apport local, ce qui est préoccupant.

Lorsqu'il est question d'une communauté diversifiée — sur le plan linguistique, certes, mais aussi pour d'autres aspects —, le gouvernement doit être en mesure de répondre de manière appropriée et de la respecter. Nous, dans la communauté anglophone, n'avons pas l'impression que cela a été le cas ces dernières années; et pourtant, nous devons continuer à exprimer notre désaccord pour assurer que nos droits soient respectés. C'est ce que le Quebec Community Groups Network a l'intention de faire.

**Senator Clement:** The situation in Quebec is quite unique, obviously. Do you look to other provinces or jurisdictions for inspiration anywhere in terms of what to propose in response to Bill 15 or what to propose in response to some of the issues?

**Ms. Ludvig:** We have always looked to our friends and colleagues outside Quebec, the francophone minority communities. We feel we have a lot in common with them, even though our languages are not the same. The protection of English is perhaps a different issue than protecting the English-speaking community, whereas French across Canada needs greater protection, not just the communities themselves.

We look at models out there to inspire as to what can help us, but the realities in Quebec are quite different. We are dealing with a different type of government approach, and of course, there's the complexity of the fears which are sometimes stoked regarding the future of the French language or the health of the French language. We as an English-speaking community certainly support and understand the need to protect French, but we want our rights to be protected, and we want to be respected as an integral part of Quebec society.

That's where our challenge comes; it is in health, in education and the protection of our institutions, such as our universities, our CEGEPs and our hospitals. We face these existential challenges daily in Quebec.

**Senator Clement:** That's the right word.

**The Chair:** I have some questions too. I want to hear you about the 2023 to 2028 action plan. Do you think that the funding provided in the current action plan is sufficient to meet the needs of Quebec's English-speaking communities? Do you have something to say around that action plan, which is important for communities to be able to receive and deliver services?

**Ms. Martin-Laforge:** We know quite a bit about the action plan in terms of how it will be used across Canada, and we do know what is being funded through Health Canada. Of course, CHSSN always wants more, but it was well represented in the action plan.

Over and above what is being given for Health Canada, there are other areas in terms of transfer funding that we might worry about. There is more money in transfer payments, other than in health. We can't quite yet figure out how much the English-speaking community of Quebec will get. There's a target of 20%. Is 20% enough? How long is a piece of string? Sometimes it's not just about the amount, senators; it's about how it's used and if there is that accountability and transparency.

**La sénatrice Clement :** De toute évidence, la situation au Québec est tout à fait particulière. Est-ce que vous vous inspirez d'autres provinces ou d'autres États pour savoir quoi proposer en réponse au projet de loi 15 ou en réponse à certains enjeux?

**Mme Ludvig :** Nous nous sommes toujours tournés vers nos amis et collègues hors Québec, vers les communautés minoritaires francophones. Nous avons le sentiment d'avoir beaucoup en commun avec elles, même si nos langues diffèrent. La protection de l'anglais est peut-être une question distincte de celle de la protection de la communauté anglophone, alors que le français dans tout le Canada a besoin d'une plus grande protection, et pas seulement dans les collectivités elles-mêmes.

Nous nous inspirons de modèles étrangers pour trouver des façons qui pourraient nous aider, mais les réalités du Québec sont très différentes de ce qui se passe ailleurs. Nous avons affaire à un autre type d'approche gouvernementale et, bien sûr, il y a la complexité des craintes qui sont parfois alimentées au sujet de l'avenir ou de la santé de la langue française. En tant que communauté anglophone, nous soutenons et comprenons certainement la nécessité de protéger le français, mais nous voulons que nos droits soient protégés et que nous soyons respectés en tant que partie intégrante de la société québécoise.

C'est là où tout se joue pour nous : dans le domaine de la santé, dans le domaine de l'éducation, dans ce qui a trait à la protection de nos institutions, telles que nos universités, nos cégeps et nos hôpitaux. Au Québec, nous sommes quotidiennement mis en face de défis existentiels de ce genre.

**La sénatrice Clement :** C'est le mot juste.

**Le président :** J'ai aussi quelques questions. J'aimerais vous entendre sur le plan d'action 2023 à 2028. Pensez-vous que le financement prévu dans le plan d'action actuel est suffisant pour répondre aux besoins des communautés anglophones du Québec? Avez-vous quelque chose à dire au sujet de ce plan d'action, qui est important pour veiller à ce que les communautés puissent recevoir et offrir des services?

**Mme Martin-Laforge :** Nous en savons beaucoup sur le plan d'action, notamment en ce qui concerne la façon dont il sera utilisé dans l'ensemble du pays, et nous savons ce qui est financé par Santé Canada. Bien sûr, le Réseau communautaire de santé et de services sociaux en veut toujours plus, mais il a été bien représenté dans le plan d'action.

Au-delà de ce qui est accordé à Santé Canada, il y a d'autres domaines où le financement reposant sur des transferts pourrait nous inquiéter. Il y a plus d'argent dans les paiements de transfert que dans la santé. Nous ne savons pas encore combien la communauté anglophone du Québec recevra. L'objectif est de 20 %. Ces 20 % sont-ils suffisants? Comment cela se mesure-t-il? Parfois, il ne s'agit pas seulement du montant, sénateurs, mais de la façon dont il est utilisé et de la présence d'obligations additionnelles et d'une transparence.

[*Translation*]

That's the killer question.

**The Chair:** Yes.

[*English*]

I understand. Thank you.

We're almost at the end, but I will try to be clear in my question. We know that Montreal is a specific region, that it has its own reality and challenges. Personally, I feel I know more about the situation in Montreal than elsewhere, and I'm lacking information and witnesses that could show us the reality concerning health services in Gaspé, in the different regions. You know what I mean by that. The perception is that, of course, you have all the hospitals and institutions.

Do you have any suggestions — maybe you can think about it — of whom we could hear from, people living in rural communities who could speak to us about the issues that you're raising tonight? The questions that Senator Mégie asks about data are also important. We need facts and to be able to understand through testimony.

For me, that's my personal concern. I would like to make sure that in this study, we understand and hear people who go through issues in rural regions, because that is different from Montreal. We know a bit of Montreal. Of course, we can always know better.

What can you tell us? If you don't have any suggestions tonight, do you think you could help us to ensure that we meet people from rural communities?

**Ms. Ludvig:** Absolutely, and I think it's critical for you to do that. I have travelled throughout Quebec. I've been in the Gaspé, the Lower North Shore, west Quebec, east Quebec. I have met English-speaking people and understand that those challenges are very different from my challenges in Montreal, especially when it comes to health services.

It's an aging population out there, much more so than here. It's a more homogeneous population. As part of a community, for instance, in the Gaspé, local people providing services are full of goodwill. It is not because people don't want to provide the services. They don't have the means to be able to provide the services that these English speakers require, especially older people who tend to still be unilingual or not comfortable in French. And then, because of the way the health system is organized, somebody from the Gaspé finds themselves in a hospital in Rimouski where nobody speaks English to them. As an older person, it becomes difficult.

[*Français*]

C'est la question qui tue.

**Le président :** Oui.

[*Traduction*]

Je comprends. Je vous remercie.

Nous sommes presque rendus à la fin, mais je vais essayer d'énoncer ma question clairement. Nous savons que Montréal est une région particulière, qu'elle a sa propre réalité et ses propres enjeux. Personnellement, j'ai l'impression de connaître davantage la situation à Montréal que celle d'autres régions. Je manque d'information et de témoins qui pourraient nous brosser un tableau de la réalité des services de santé en Gaspésie, par exemple, ou dans d'autres régions. Vous voyez ce que je veux dire. La perception est que, bien sûr, vous avez tous les hôpitaux et toutes les institutions.

Avez-vous des suggestions — vous pouvez peut-être y penser — de personnes que nous pourrions entendre, de personnes vivant dans des collectivités rurales qui pourraient nous parler des questions que vous soulevez ce soir? Les questions posées par la sénatrice Mégie sur les données sont elles aussi importantes. Nous avons besoin de faits; nous avons besoin de nous comprendre par le truchement de témoignages.

Personnellement, c'est ce qui me préoccupe. J'aimerais m'assurer que, dans le cadre de cette étude, nous comprenons et entendons les gens qui connaissent des problèmes dans les régions rurales, parce que leur situation est différente de celle des Montréalais. Nous connaissons un peu Montréal. Bien sûr, nous pouvons toujours en savoir plus.

Que pouvez-vous nous dire? Si vous n'avez pas de suggestions à nous faire ce soir, pensez-vous que vous pourriez nous aider à entrer en contact avec des gens des collectivités rurales?

**Mme Ludvig :** Absolument, et je pense qu'il est essentiel que vous le fassiez. J'ai voyagé dans tout le Québec. Je suis allée en Gaspésie, sur la Basse-Côte-Nord, dans l'ouest du Québec, dans l'est du Québec. J'ai rencontré des anglophones et je sais que leurs problèmes sont très différents de ceux que je vois à Montréal, surtout en ce qui concerne les services de santé.

La population est vieillissante, beaucoup plus qu'ici, à Montréal. C'est une population plus homogène. En tant que membre d'une collectivité... Par exemple, en Gaspésie, les personnes qui sont sur place et qui fournissent des services sont pleines de bonne volonté. Ce n'est pas parce que les gens ne veulent pas fournir les services. Ils n'ont pas les moyens de fournir les services dont les anglophones ont besoin, en particulier lorsqu'il s'agit de personnes âgées qui ont tendance à être encore unilingues ou à ne pas être à l'aise en français. Et puis, à cause de la façon dont le système de santé est organisé, un Gaspésien se retrouvera dans un hôpital de Rimouski où



There is a large population of English speakers on the Lower North Shore, an historical population that is on the border with Labrador, who have to leave their homes and fly out when they need services in English. Mothers have to leave when they are pregnant. A month, two months before their delivery date, they have to fly out and stay in Rimouski, or wherever they may be sent, where it's not possible to have services in English. It's an excellent idea for you to be able to hear from these people. Certainly, we at QCGN will see what we can do together with CHSSN to see what we can do to find people who can better explain these to you than I can.

**The Chair:** We're taking the lens of the federal government here to see what the federal government can do in its agreements with the provinces and territories, but that's the purpose.

I want to thank you again for your contribution to this committee. We always more than enjoy it when you come. We get good information and it's important for our report, for Canadians and Quebecers to make sure that we have a good report on this. Thank you so much.

[*Translation*]

Colleagues, we're continuing our study on minority-language health services. Before we introduce the second panel, I'd like to remind you to refrain from leaning too close to the microphone or removing your earpiece. This will avoid any feedback that could have a negative impact on the staff. Thank you.

For our second panel this evening, we are pleased to welcome representatives from the Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada, Liane Roy, President, by videoconference, and Alain Dupuis, Executive Director, who is here in person.

Good evening, and welcome to you both. Your participation is always much appreciated. We always receive very pertinent information. I'll turn the floor over to you, Ms. Roy, and then we'll have a question period. The floor is yours.

**Liane Roy, President, Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada:** Mr. Chair, honourable senators, good evening. Before I begin my statement, I'd like to point out that I'm joining you this evening by videoconference

personne ne lui parlera anglais. En tant que personne âgée, cela devient difficile.

Il y a une grande population d'anglophones sur la Basse-Côte-Nord. Une population de longue date qui se trouve à la frontière avec le Labrador. Or, lorsqu'un membre de ce groupe a besoin de services en anglais, il doit quitter la maison et prendre l'avion. Les mères doivent quitter leur patelin lorsqu'elles sont enceintes. Un mois ou deux avant la date prévue de l'accouchement, elles doivent prendre l'avion et séjourner à Rimouski ou ailleurs, où il n'est pas possible d'obtenir des services en anglais. C'est une excellente idée de chercher à entendre ces personnes. Le Quebec Community Groups Network va voir ce qu'il peut faire avec le Réseau communautaire de santé et de services sociaux afin de trouver des personnes qui pourront mieux que moi vous expliquer tout cela.

**Le président :** Nous sommes en train d'examiner les choses du point de vue du gouvernement fédéral afin de voir ce que ce dernier peut faire aux termes de ses ententes avec les provinces et les territoires, mais c'est l'objectif.

Je tiens à vous remercier à nouveau de votre contribution aux travaux de ce comité. Votre présence est toujours appréciée. Nous amassons de bons renseignements, des renseignements qui sont importants pour notre rapport, car pour les Canadiens et les Québécois, il importe que nous ayons un bon rapport sur cette question. Merci infiniment.

[*Français*]

Chers collègues, nous poursuivons notre étude sur les services de santé dans la langue de la minorité. Avant de présenter le deuxième groupe de témoins, j'aimerais vous rappeler de vous abstenir de vous pencher trop près du microphone ou de retirer votre oreillette. Cela permettra d'éviter tout retour sonore qui pourrait avoir un impact négatif sur le personnel. Je vous remercie.

Pour notre deuxième groupe de témoins ce soir, nous sommes heureux d'accueillir des représentants de la Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada, soit Liane Roy, présidente, par vidéoconférence et Alain Dupuis, directeur général, qui est ici en présentiel.

Bonsoir et bienvenue à vous deux. Vos comparutions sont toujours très appréciées. Nous recevons toujours de l'information fort pertinente. Je vais vous céder la parole, madame Roy, puis nous procéderons à une période des questions. Vous avez la parole.

**Liane Roy, présidente, Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada :** Monsieur le président, honorables sénateurs et sénatrices, bonsoir. Avant de commencer mon allocution, je tiens à préciser que je me joins à

from a hotel where the network is a little unstable. Should we lose the connection, my colleague in the room will be able to continue.

Thank you for inviting us to testify before you today on a subject of great importance to the francophone and Acadian communities. As you know, Canada's FCFA is the national voice of 2.8 million French-speaking Canadians living in minority situations in nine provinces and three territories.

Nearly 25 years have passed since francophone and Acadian communities first became involved in the health care field. Yet some of the challenges remain just as acute as they were 25 years ago. Indeed, according to a recent consultation conducted by Health Canada in 2022, two-thirds of francophone respondents said they had no or only partial access to French-language health services. This statistic should alarm us, as it not only affects the quality of life of minority francophones, but has a direct impact on their overall health and even their safety.

In the few minutes allotted to me today, I'd like to focus on the challenges of taking into account the specific realities of our communities in federal transfers to the provinces and territories.

Less than six months have passed since the adoption of Bill C-13, modernizing the Official Languages Act. As you know, taking into account the realities of official language minority communities in federal-provincial-territorial transfers was one of the FCFA's priority issues in this modernization.

As you know, 80% of federal funding for health is allocated through federal-provincial-territorial agreements. These agreements are in no way binding, and the funds transferred are spent at the discretion of the provincial and territorial governments. The remaining 20% is distributed under bilateral agreements with the provinces and territories. It is in these agreements that equity-seeking groups are named, including minority francophones.

The first of these bilateral agreements, with British Columbia, was made public in October. There is no mention of French-language health care in this agreement, and no reference to the province's francophone health organizations.

One has to wonder whether Health Canada even considered this in its negotiations with the provincial government. What's more, if it turns out that our communities remained in the blind spot in these negotiations, it bodes ill for the other agreements to be signed with the other provinces and territories.

vous ce soir par vidéoconférence à partir d'un hôtel dont le réseau est un peu instable. S'il arrivait que nous perdions la connexion, mon collègue, qui est présent dans la salle, pourrait poursuivre.

Je vous remercie de nous avoir invités à témoigner devant vous aujourd'hui sur un sujet d'importance pour les communautés francophones et acadiennes. Comme vous le savez, la FCFA du Canada est la voix nationale de 2,8 millions de Canadiens et de Canadiennes d'expression française vivant en situation minoritaire dans neuf provinces et trois territoires.

Près de 25 ans se sont écoulés depuis que les communautés francophones et acadiennes se sont investies dans le domaine de la santé. Or, certains défis demeurent aussi entiers qu'il y a 25 ans. En effet, selon une récente consultation menée par Santé Canada en 2022, deux tiers des répondants francophones ont dit ne pas avoir accès ou avoir un accès seulement partiel à des services de santé en français. Cette statistique devrait nous alarmer, car cela affecte non seulement la qualité de vie des francophones en situation minoritaire, mais cela a un impact direct sur leur santé globale et même sur leur sécurité.

Durant les quelques minutes qui me sont imparties aujourd'hui, j'aimerais aborder prioritairement les défis liés à la prise en compte des réalités spécifiques de nos communautés dans les transferts fédéraux aux provinces et aux territoires.

Moins de six mois se sont écoulés depuis l'adoption du projet de loi C-13, modernisant la Loi sur les langues officielles. Comme vous le savez, la question de la prise en compte des réalités des communautés de langue officielle en situation minoritaire dans les transferts fédéraux-provinciaux-territoriaux était l'un des enjeux prioritaires pour la FCFA dans le cadre de cette modernisation.

Comme vous le savez, 80 % des fonds fédéraux destinés à la santé sont répartis dans le cadre d'ententes fédérales-provinciales-territoriales. Ces ententes ne sont nullement contraignantes et les fonds transférés sont dépensés à la discrétion des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les 20 % restants sont distribués dans le cadre d'accords bilatéraux avec les provinces et territoires. C'est dans ces accords que les groupes en quête d'équité sont nommés, dont les francophones vivant en situation minoritaire.

Le premier de ces accords bilatéraux dont je vous parle, celui avec la Colombie-Britannique, a été rendu public en octobre. Il n'est nullement mention dans cet accord de santé en français et il n'y a aucune référence aux organismes francophones de la province qui travaillent en santé.

Il faut se demander si le ministère de la Santé y a même pensé dans ses négociations avec le gouvernement provincial. De plus, s'il s'avère que nos communautés sont restées dans l'angle mort de ces négociations, cela augure mal pour les autres accords qui doivent être signés avec les autres provinces et territoires.

This is all the more serious as it concerns the services and care offered to citizens in situations where they are most vulnerable. Such omissions in both federal transfers and bilateral health agreements are no longer acceptable, especially in the context of the post-modernization of the Official Languages Act.

With your permission, we would like to propose nine recommendations to this committee, drawn up in collaboration with one of our members, Société Santé en français, with a view to strengthening French-language health care in minority communities.

First, that Health Canada respect its obligations under the new Part VII of the Official Languages Act, by ensuring that francophone minority communities are consulted on the inclusion of language clauses in future health transfers.

Secondly, that Health Canada take all necessary measures to ensure that the principle of equal access for our communities is respected in the bilateral agreements currently being finalized with the provinces and territories, including the resulting action plans.

Third, that Health Canada ensure greater accountability for federal funds allocated to French-language health.

Fourth, that Health Canada create a permanent advisory committee, reporting to the Minister of Health, to guide the department's strategies for equitable access to health care in linguistic minority communities.

Fifth, that Health Canada create the necessary research and data collection infrastructure to document gaps, by province and territory, in: access to French-language health care; use of French-language services by the minority; and the health status of French-speaking people compared to the general population.

Sixth, that Health Canada increase funding for the Official Languages Health Program to reflect the growing needs of the French-speaking population, which is growing outside Quebec in absolute numbers, and that it support francophone and Acadian communities in developing innovative models of French-language service delivery in smaller settings.

Seventh, that Health Canada strengthen its support for post-secondary institutions in French-speaking minority communities, with a view to increasing access to French-language post-secondary programs in the health field; that the department set

C'est d'autant plus grave que cela a trait aux services et aux soins offerts aux citoyens et aux citoyennes dans ce qui les touche de plus près, dans les situations où ils et elles sont le plus vulnérables. De tels oublis tant dans les transferts fédéraux que dans les accords bilatéraux en santé ne sont plus acceptables, surtout dans le contexte de la postmodernisation de la Loi sur les langues officielles.

Nous proposons donc à ce comité, si vous nous le permettez, neuf recommandations, établies en collaboration avec l'un de nos membres, la Société Santé en français, en vue de renforcer la santé en français en milieu minoritaire.

Premièrement, que Santé Canada respecte ses obligations en vertu de la nouvelle partie VII de la Loi sur les langues officielles, en s'assurant de consulter les communautés francophones en situation minoritaire sur l'inclusion de clauses linguistiques dans les prochains transferts en santé.

Deuxièmement, que Santé Canada prenne toutes les mesures nécessaires pour faire respecter le principe d'égalité d'accès pour nos communautés dans les accords bilatéraux actuellement en finalisation avec les provinces et territoires, y compris les plans d'action qui en découlent.

Troisièmement, que Santé Canada assure une meilleure reddition de comptes quant aux fonds fédéraux affectés à la santé en français.

Quatrièmement, que Santé Canada crée un comité consultatif permanent, relevant du ministre de la Santé, afin de guider les stratégies du ministère en matière d'accès équitable à la santé dans les communautés linguistiques en situation minoritaire.

Cinquièmement, que Santé Canada crée l'infrastructure de recherche et de collecte de données nécessaire afin de documenter les écarts à combler, par province et territoire, quant aux éléments suivants : l'accès aux soins de santé en français; l'utilisation des services en français par la minorité; l'état de santé des personnes d'expression française comparativement à la population générale.

Sixièmement, que Santé Canada augmente le financement du Programme pour les langues officielles en santé, afin de tenir compte des besoins grandissants de la population francophone, qui est en croissance à l'extérieur du Québec en nombre absolu, et qu'elle appuie les communautés francophones et acadiennes afin de développer des modèles novateurs de prestation de services en français dans les plus petits milieux.

Septièmement, que Santé Canada renforce son appui aux établissements postsecondaires des communautés francophones en situation minoritaire, dans le but d'augmenter l'accès aux programmes postsecondaires en français dans le domaine de la

up a diploma and prior learning recognition initiative for French-speaking immigrants, in order to better address the significant shortage of French-speaking and bilingual workers in the health field in minority settings.

Eighth, that Health Canada work with the Department of Immigration, Refugees and Citizenship to accelerate permanent residency for French-speaking health care workers.

Ninth, that Health Canada use all the levers at its disposal to encourage the provinces and territories to take action to strengthen access to French-language health care in all provinces and territories outside Quebec.

We thank you for your attention and would be pleased to answer any questions you may have regarding these recommendations. Thank you very much.

**The Chair:** Thank you very much for your presentation, Ms. Roy. We'll now open the floor to questions. I'm going to give the floor to the deputy chair, Senator Poirier.

**Senator Poirier:** Thank you both for being here; it's greatly appreciated. It's an honour and a pleasure to see you again. We hear a lot about the shortage of health care workers. We're very concerned about it. All the witnesses spoke about it. This shortage is felt most acutely by the francophone and bilingual workforce in our francophone and Acadian minority communities across Canada.

As you probably know, last Wednesday the government announced an increase in the francophone immigration threshold from 4.4% to 8%.

Are you concerned that this target is lower than yours, which is 12%? You mentioned that you had conducted a study on the attainment of this 12% target. Do you have any results regarding the labour shortage that could be reduced with your 12% target?

**Ms. Roy:** Thank you for your question, senator. We don't have any results in terms of exact figures to counter the labour shortage. However, we do know that the 6% target for 2024 will continue to contribute to the decline in demographic weight. That's why we reacted so strongly last week to this announcement.

In 2026, the target will be 8%, which is the minimum required to avoid further decline. So, yes, there are labour shortages in health care. That's why in my presentation I talked about the recognition of qualifications and diplomas. We need to pay particular attention to the importance of the recognition of prior

santé et que le ministère mette sur pied une initiative de reconnaissance des diplômés et des acquis des personnes immigrantes d'expression française, en vue de mieux répondre aux importantes pénuries de main-d'œuvre francophone et bilingue dans le domaine de la santé en milieu minoritaire.

Huitièmement, que Santé Canada travaille avec le ministère de l'Immigration, des Réfugiés et de la Citoyenneté, afin d'accélérer l'obtention de la résidence permanente pour les travailleurs de la santé d'expression française.

Neuvièmement, que Santé Canada utilise tous les leviers à sa disposition pour inciter les provinces et les territoires à agir en faveur du renforcement de l'accès aux soins de santé en français dans toutes les provinces et territoires à l'extérieur du Québec.

Nous vous remercions de votre attention et nous serons heureux de répondre à toute question liée à ces recommandations. Merci beaucoup.

**Le président :** Merci beaucoup pour cette présentation, madame Roy. Nous allons procéder à une période des questions. Je vais donner la parole à la vice-présidente, la sénatrice Poirier.

**La sénatrice Poirier :** Merci d'être ici tous les deux; c'est grandement apprécié. C'est un honneur et un plaisir de vous revoir. On entend beaucoup parler de la pénurie de la main-d'œuvre dans les services de santé. Ce problème nous inquiète beaucoup. Tous les témoins en ont parlé. Cette pénurie se fait sentir surtout pour la main-d'œuvre francophone et bilingue dans nos communautés francophones et acadiennes en situation minoritaire partout au Canada.

Comme vous le savez probablement, le gouvernement a annoncé mercredi dernier une augmentation du seuil de l'immigration francophone qui est passé de 4,4 % à 8 %.

Le fait que cette cible soit inférieure à la vôtre, qui est de 12 %, vous inquiète-t-il? Vous avez mentionné avoir effectué une étude sur l'arrivée de cette cible de 12 %. Avez-vous des résultats en ce qui concerne la pénurie de main-d'œuvre qui pourrait être réduite grâce à votre cible de 12 %?

**Mme Roy :** Merci pour cette question, madame la sénatrice. Nous n'avons pas de résultats en ce qui a trait aux chiffres exacts pour contrer la pénurie de main-d'œuvre. Par contre, nous savons que la cible de 6 % pour 2024 continuera de contribuer à la diminution du poids démographique. C'est pour cette raison que l'on a réagi avec beaucoup d'ardeur la semaine dernière lors de cette annonce.

En 2026, la cible sera de 8 %, qui est le minimum demandé pour ne pas continuer vers le déclin. Donc, oui, il y a des pénuries de main-d'œuvre dans le domaine de la santé. C'est pour cette raison que j'ai parlé dans mon allocution de la reconnaissance des titres et des diplômes. Il faut porter une

learning, qualifications and diplomas, and find much faster ways of recognizing what is being done among French speakers arriving in Canada.

What's more, the labour shortage is so acute that it will affect all Canadians. We wonder why francophones should suffer more than others in this case. We are weakened, and with the immigration targets announced last week, we will continue to be weakened, much more than the majority. So it's really a matter of life and death in this case, because we're talking about health. When they appeared before your committee, our colleagues from Société Santé en français mentioned that a recent study carried out in Ontario in 2022 revealed that the risk of death for a French-speaking long-term care resident decreased by around 25% when language barriers were eliminated. That's a considerable difference.

We're very interested in anything to do with labour shortages. We did a study on bilingual labour shortages, but I don't think we were able to get the data you're asking for. However, we can provide you with that study.

**Senator Poirier:** Yes, if you have it, it would be interesting; kindly send it to us.

In your opinion, how can the federal government attract bilingual health care professionals from abroad, and what can it do to ensure their retention?

**Ms. Roy:** We're talking about recruitment strategies for French-speaking immigrants. More concerted efforts could be made to recruit in French-speaking source countries. When raising awareness and recruiting, we need to mention to people that they'll have to speak English in certain regions, which isn't always done, and this is detrimental to retention.

This subject is very important and is linked to targets. We need to increase targets and ways of recruiting, and position the Canadian francophonie when recruiting abroad. I'm going to hand over to Mr. Dupuis, as he's done a lot of work in this area. He may have something to add.

**Alain Dupuis, Executive Director, Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada:** Obviously, we're asking for higher targets, but the Government of Canada must also be able to link the arrival of people with the jobs available.

We're proposing that the department create a separate francophone immigration program that would designate and accredit certain employers who could easily link the existence of positions to the right candidates. At present, francophone

attention particulière à l'importance de la reconnaissance des acquis, des titres et des diplômes et trouver des méthodes beaucoup plus rapides pour reconnaître ce qui se fait chez les parlants français qui arrivent au Canada.

De plus, la pénurie de main-d'œuvre est tellement forte que cela affectera l'ensemble des Canadiens. Nous nous demandons pourquoi les francophones devraient souffrir davantage que les autres dans ce cas. Nous sommes fragilisés et, avec les cibles en immigration qui ont été annoncées la semaine dernière, nous allons continuer d'être fragilisés, beaucoup plus que la majorité. Donc, c'est vraiment une question de vie ou de mort dans ce cas-ci, parce qu'on parle de santé. Lors de leur comparution devant votre comité, nos collègues de Société Santé en français ont mentionné qu'une récente étude réalisée en Ontario en 2022 dévoilait que les risques de décès d'un usager francophone en situation de soins de longue durée diminuaient d'environ 25 % lorsque les barrières linguistiques étaient éliminées. C'est une différence considérable.

Nous portons un grand intérêt à tout ce qui a trait à la pénurie de main-d'œuvre. Nous avons fait une étude sur les pénuries de main-d'œuvre bilingue, mais je ne crois pas que nous avons pu obtenir les données que vous demandez. Nous pouvons cependant vous transmettre cette étude.

**La sénatrice Poirier :** Oui, si vous les avez, ce serait intéressant de nous les faire parvenir.

Selon vous, comment le gouvernement fédéral peut-il attirer les professionnels de la santé bilingues de l'étranger, et que peut-il faire pour s'assurer de leur rétention?

**Mme Roy :** On parle ici de stratégies de recrutement en immigration francophone. Une plus grande concertation pourrait être faite pour recruter dans des pays sources francophones. Lors de la sensibilisation et du recrutement, il faut mentionner aux gens qu'ils devront parler anglais dans certaines régions, ce qui n'est pas toujours le cas, et cela nuit à la rétention.

Ce sujet est très important et est lié aux cibles. Il faut augmenter les cibles et les façons de recruter et positionner la francophonie canadienne lors du recrutement à l'étranger. Je vais céder la parole à M. Dupuis, étant donné qu'il a beaucoup travaillé dans ce domaine. Il a peut-être quelque chose à ajouter.

**Alain Dupuis, directeur général, Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada :** Évidemment, nous demandons des cibles plus élevées, mais il faut aussi que le gouvernement du Canada puisse lier l'arrivée des gens avec les emplois disponibles.

Nous proposons au ministère la création d'un programme d'immigration francophone distinct qui permettra de désigner et d'accréditer certains employeurs qui vont facilement lier l'existence de postes aux bonnes candidatures. En effet,

immigration is handled in the same way as general immigration, and the results have been the same for 20 years.

In certain pilot programs, such as the Atlantic, Rural and Northern programs, we see this ability to directly mobilize employers who want to offer positions to immigrants. They are identified and people are brought in quickly with work permits, while IRCC processes their application for permanent residency.

A francophone immigration program that would accredit employers who want to match candidates with specific francophone or bilingual positions also seems like a promising solution.

The department is going to develop an accelerated bridging program for teachers, for example. We know that the country is short 12,000 first- and second-language teachers. We can't wait to develop this fast-track gateway. We don't yet know what it will look like, but we can also imagine accelerated programs for francophone and bilingual health care workers. We're very open to further discussions with the department.

**Senator Poirier:** In the health care and teaching sectors, we hear that when we recruit candidates, when they arrive in Canada, the accreditation or training they have received is not equivalent to training in Canada. This discourages many of them, because they know that when they arrive in the country, they'll have to go back to school.

Have things changed, or is it still the same? Is there anything the federal government can do to improve the situation?

**Mr. Dupuis:** The federal government could fund initiatives where it would be possible to work with provincial professional associations, colleges and universities to develop fast-track bridging programs where it's possible to work in the field as soon as you arrive in Canada, knowing that there will be certain courses to complete and that there will be potential requalification to have the right terminology and standards in place.

The federal government does have a role to play. At the moment, unfortunately, we see governments passing the buck by saying that the shortage is a federal or provincial responsibility, or that it's all a matter for the professional orders. The federal government has the ability to bring stakeholders together and fund pilot projects. That's one of the things we're asking Health Canada to do.

actuellement, on fait de l'immigration francophone comme on fait de l'immigration générale, et les résultats sont ce qu'ils sont depuis 20 ans.

Dans certains programmes pilotes, comme le programme des régions atlantiques, celui du Nord et des régions rurales, on voit cette capacité de mobiliser directement les employeurs qui veulent offrir des postes à des personnes immigrantes. Donc, on les désigne et on fait venir des gens rapidement avec des permis de travail, le temps qu'IRCC traite leur demande de résidence permanente.

Un programme d'immigration francophone qui accréditerait des employeurs qui veulent jumeler des candidats à des postes spécifiques, francophones ou bilingues, nous semble également une solution intéressante.

Le ministère va développer une passerelle accélérée pour les enseignants, par exemple. On sait qu'il manque 12 000 enseignants en langue première et en langue seconde au pays. On a bien hâte de développer cette passerelle rapide. On ne sait pas encore à quoi cela ressemblera, mais on peut aussi imaginer des programmes accélérés pour les travailleurs de la santé francophones et bilingues. On est très ouvert à poursuivre la réflexion avec le ministère.

**La sénatrice Poirier :** Dans le domaine de la santé et dans le secteur de l'enseignement, on entend dire que lorsqu'on recrute des candidats, quand ils arrivent au Canada, l'accréditation ou la formation qu'ils ont reçue n'est pas équivalente à celle du Canada. Cela fait en sorte que beaucoup se découragent, parce qu'ils savent qu'en arrivant au pays, ils devront retourner aux études.

Est-ce que les choses ont changé ou est-ce encore pareil? Est-ce qu'il y a quelque chose que le gouvernement fédéral peut faire pour améliorer la situation?

**M. Dupuis :** Le gouvernement fédéral pourrait financer des initiatives, où ce serait possible de travailler avec les ordres professionnels des provinces, avec les collèges et les universités, pour développer des programmes-passerelles accélérés où il est possible de travailler dans le domaine dès l'arrivée au Canada, sachant qu'il y aura certains cours à compléter et qu'il y aura une requalification potentielle pour avoir la bonne terminologie et les bonnes normes en place.

Le gouvernement fédéral a effectivement un rôle à jouer. En ce moment, malheureusement, on voit les gouvernements se renvoyer la balle en affirmant que la pénurie est de compétence fédérale ou provinciale ou que tout cela relève des ordres professionnels. Le gouvernement fédéral a la capacité de réunir les parties prenantes et de financer des projets pilotes. C'est l'une des choses que nous demandons à Santé Canada.

In a context where there is a shortage of French-speaking and bilingual workers in the health care field, we could launch a pilot project to speed up the process and work in collaboration with colleges and universities. In short, the situation is gradually improving.

**Senator Poirier:** So, the situation is improving.

**Mr. Dupuis:** Yes, but we can still do better.

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

**Senator Mégie:** Thank you to our witnesses for appearing before the committee again. My question concerns French-speaking health professionals.

Do you have any data on the number of French-speaking health professionals providing medical care to the minority language community in your area?

**Ms. Roy:** I don't have those figures with me right now, but we can certainly try to send you some figures that we could get from our colleagues in our member associations.

**Senator Mégie:** In those numbers, there would be regional variability between urban and rural areas. Would we receive that kind of data?

**Mr. Dupuis:** I'd say that's one of the things we're trying to address, because Health Canada isn't collecting the data needed to have an overview of either access to services, labour shortages, the use of services by francophones, or the health status of francophones as opposed to the majority.

This remains a major structural challenge, because the provinces don't collect this data, the federal government doesn't have it, and community groups are doing the best they can to gather it.

We need to systematize the approach, and Health Canada, in its strengthened responsibility under the new Part VII of the act, has an obligation to collect data. However, this is a whole field, and Health Canada doesn't have the required infrastructure in place, nor the provincial partners, nor the answers to all the questions that arise. To bridge these gaps, we need to document them.

For example, the Réseau de la santé francophone de l'Ontario claims that 3,500 bilingual positions are currently unfilled in the province's health care system. If this figure represents a single province, one can imagine the magnitude of the problem on a pan-Canadian scale.

**Senator Mégie:** Thank you. I'd like to come back to our study on francophone immigration. When we were talking about retaining professionals in various fields, especially health care,

Dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre dans le domaine de la santé pour des travailleurs francophones et bilingues, on pourrait lancer un projet pilote pour accélérer le processus et travailler en collaboration avec les collèges et les universités. Bref, la situation s'améliore petit à petit.

**La sénatrice Poirier :** Donc, la situation tend à s'améliorer.

**M. Dupuis :** Oui, mais on peut faire encore mieux.

**La sénatrice Poirier :** Merci beaucoup.

**La sénatrice Mégie :** Merci à nos témoins de comparaître de nouveau devant le comité. Ma question concerne les professionnels de la santé qui parlent français.

Avez-vous des données sur le nombre de professionnels de la santé francophones qui assurent des soins médicaux à la communauté linguistique minoritaire chez vous?

**Mme Roy :** Je n'ai pas ces chiffres avec moi en ce moment, mais on peut certainement tenter de vous faire parvenir des chiffres que nous pourrions obtenir auprès de nos collègues dans nos associations membres.

**La sénatrice Mégie :** Dans ces chiffres, il y aurait une variabilité régionale entre le milieu urbain et rural. Est-ce qu'on recevrait ce genre de données?

**M. Dupuis :** Je vous dirais que c'est l'un des éléments qu'on cherche à combler, parce que Santé Canada ne collecte pas les données nécessaires pour avoir une vue d'ensemble ni sur l'accès aux services, ni sur les pénuries de main-d'œuvre, ni sur l'utilisation des services par les francophones ou sur l'état de santé des francophones par opposition à la majorité.

Cela reste un défi structurel majeur, parce que les provinces ne collectent pas ces données, le fédéral ne les a pas et les groupes communautaires font du mieux qu'ils peuvent pour les recueillir.

Il faut systématiser l'approche et Santé Canada, dans sa responsabilité renforcée grâce à la nouvelle partie VII de la loi, a une obligation de collecte de données. Par contre, c'est tout un domaine, et Santé Canada n'a pas l'infrastructure requise en place, ni les partenaires provinciaux, ni réponse à toutes les questions qui se posent. Pour combler ces écarts, il faut les documenter.

Par exemple, le Réseau de la santé francophone de l'Ontario affirme que 3 500 postes bilingues ne sont pas pourvus actuellement dans le système de santé de la province. Si ce chiffre représente une seule province, on peut imaginer l'ampleur du problème à l'échelle pancanadienne.

**La sénatrice Mégie :** Merci. Je reviens à notre étude sur l'immigration francophone. Lorsqu'on parlait de rétention des professionnels de différents domaines, surtout dans le domaine

we were told that, in general, when people arrive from a French-speaking source country, they are quite surprised to have to fill out documents that are only in English; this discourages them.

Today, Ms. Roy has just told us that even with recruitment in source countries, candidates must be advised that, in certain regions, they will have to speak English. What would be the best way to bring them into the country and retain them, knowing that they'll have to respect linguistic duality? We recruit them from French-speaking source communities because we already have a deficit, but we tell them they'll have to respect linguistic duality. I'm sure you've thought about this. Do you have any comments on this?

**Ms. Roy:** Obviously, language training is needed, and that can be done before they leave home. We can do it in a pre-departure model, to be able to give them the foundation they need to function well when they arrive in their respective environments.

**Mr. Dupuis:** The other problematic element is that when they arrive in Canada, they have to choose one of the two official languages in which they can take courses free of charge. In a minority setting, since this choice has to be made, some people will sometimes choose French to get an update in Canadian French, but they won't have free access to language courses in English. It's absolutely essential that these courses, paid for by the federal government, be offered in both languages for people who settle outside Quebec.

**Senator Mégie:** If I understand correctly, this is not currently the case, and you're hoping that the federal government will fund such a program?

**Mr. Dupuis:** Indeed.

**Senator Clement:** Welcome to both witnesses. We're always happy to see you; you're always well prepared and that's much appreciated. I'd like to come back to the nine recommendations that Ms. Roy read out to us. In response to Senator Mégie, you talked about data, and one of the recommendations is to create a research institute for data and access to care.

Could you tell us more about this? What was the conversation between you and Health Canada about these nine recommendations? What's the current state of play? These nine recommendations seem very clear. I imagine you've had conversations, but what is the current status of these recommendations?

**Mr. Dupuis:** There was talk of a research infrastructure. I don't think it's an institute per se, but Part VII of the new Official Languages Act talks a lot about positive measures. Departments must take positive measures to close certain gaps

de la santé, on nous disait qu'en général, quand les gens arrivent d'un pays source francophone, ils sont bien étonnés de devoir remplir des documents qui ne sont qu'en anglais; cela les décourage.

Aujourd'hui, Mme Roy vient de nous dire que même avec le recrutement dans les pays sources, il faut aviser les candidats que, dans certaines régions, ils devront parler anglais. Quel serait le meilleur moyen de les faire venir au pays et de les retenir, tout en sachant qu'ils devront respecter la dualité linguistique? On les recrute dans les milieux sources francophones parce que nous sommes déjà en déficit, mais on leur dit qu'ils devront respecter la dualité linguistique. Vous y avez sûrement pensé. Avez-vous quelques commentaires à faire à ce sujet?

**Mme Roy :** Il est bien évident qu'il faudra de la formation linguistique, et cela peut se faire avant qu'ils quittent leur pays. On peut le faire dans un modèle de prédépart, pour être en mesure de leur donner la base requise afin qu'ils puissent bien fonctionner quand ils arrivent dans leur milieu respectif.

**M. Dupuis :** L'autre élément problématique, c'est que lorsqu'ils arrivent au Canada, ils doivent choisir l'une des deux langues officielles dans laquelle ils peuvent suivre des cours gratuitement. En milieu minoritaire, étant donné qu'on doit faire ce choix, certains vont parfois choisir le français pour avoir une actualisation en français canadien, mais ils n'auront pas accès gratuitement aux cours de langue en anglais. Il faut absolument que ces cours payés par le gouvernement fédéral soient offerts dans les deux langues pour les personnes qui s'établissent à l'extérieur du Québec.

**La sénatrice Mégie :** Si je comprends bien, cela n'est pas en vigueur actuellement et vous espérez que le gouvernement fédéral finance un tel programme?

**M. Dupuis :** En effet.

**La sénatrice Clement :** Bienvenue aux deux témoins. On est toujours heureux de vous voir; vous êtes toujours bien préparés et c'est très apprécié. J'aimerais revenir sur les neuf recommandations que Mme Roy nous a lues. En réponse à la sénatrice Mégie, vous avez parlé des données, et l'une des recommandations est justement de créer un institut de recherche pour les données et l'accès aux soins.

Pourriez-vous nous en parler davantage? Quelle a été la conversation entre vous et Santé Canada sur ces neuf recommandations? Quel est l'état de la situation? Ces neuf recommandations semblent très claires. J'imagine que vous avez eu des conversations, mais où en êtes-vous par rapport à ces recommandations?

**M. Dupuis :** Il a été question d'une infrastructure de recherche. Je ne pense pas que c'est un institut à proprement parler, mais la partie VII de la nouvelle Loi sur les langues officielles parle beaucoup de mesures positives. Les ministères



and contribute to the vitality of communities. However, if they don't have the data, how will departments be able to develop positive measures in line with needs?

We've had discussions with our health network, which has satellite facilities in every province and territory. The data issue is a major one, and I believe it's the first structural problem that needs to be addressed. If the Government of Canada isn't aware of the gaps to be filled, it won't be able to better fund French-language services through the various transfers and agreements.

We therefore need to develop a departmental capacity, but also reach out to our colleges and universities, which have institutes and research chairs in francophone health. It's also a question of pooling this knowledge to establish indicators and clearly indicate the gaps we need to close in terms of services or health for francophones, for example.

**Senator Clement:** This is the fifth of your nine recommendations...

**Mr. Dupuis:** There's no hierarchy, but it could be one of the fundamental points. All departments will have to step up their data collection and become more aware of the situation. Health Canada is one thing. As for relations with the department, our member, Société Santé en français, is the first point of contact, but we've had discussions with the Minister of Health's office about the agreements and our expectations when the federal government negotiates with each province. It's obviously the beginning of the conversation, but it's not the end.

**Senator Clement:** I have a question about the 80% and 20% figures; you say that 80% of health funds are allotted in provincial and territorial agreements and 20% are from bilateral agreements. I'd like to understand the distinction between the two.

**Mr. Dupuis:** The 80% figure represents federal transfer agreements. It's an unconditional amount that the federal government pays to the provinces and territories...

**Senator Clement:** Without language clauses?

**Mr. Dupuis:** Apart from the standards set out in the Canada Health Act. There are four principles I don't understand — ensuring equitable access to an equivalent health care system across the country. So, 80% of the money goes there, but 20% falls under bilateral agreements where the federal government negotiates certain priorities, conditions and data collection.

doivent prendre des mesures positives pour combler certains écarts et contribuer à la vitalité des communautés. Cependant, s'ils n'ont pas de données, comment les ministères pourront-ils développer des mesures positives arrimées aux besoins?

Nous avons discuté avec notre réseau de la santé, qui a des établissements satellites dans chaque province et chaque territoire. Le problème des données est majeur et je crois que c'est le premier problème structurel qu'il faut régler. Si le gouvernement du Canada n'est pas au fait des écarts à combler, il ne pourra pas mieux financer les services en français au moyen des différents transferts et des accords.

Il faut donc se doter d'une capacité ministérielle, mais aussi aller vers nos collèges et universités qui ont des instituts et des chaires de recherche en matière de santé des francophones. Il s'agit aussi de mettre en commun ce savoir pour établir des indicateurs et indiquer clairement les écarts que l'on doit combler en matière de services ou de santé des francophones, par exemple.

**La sénatrice Clement :** C'est la cinquième parmi vos neuf recommandations...

**M. Dupuis :** Il n'y a pas de hiérarchie, mais cela pourrait être un des éléments fondamentaux. Tous les ministères devront renforcer leur collecte de données et mieux connaître l'état de la situation. Santé Canada, c'est une chose. En ce qui concerne les relations avec le ministère, c'est notre membre, la Société Santé en français, qui est le premier interlocuteur, mais on a eu des discussions avec le cabinet du ministre de la Santé sur les des accords et sur nos attentes au moment où le gouvernement fédéral négociera avec chaque province. C'est manifestement un début de conversation, mais ce n'est pas la fin.

**La sénatrice Clement :** J'ai une question au sujet des chiffres de 80 % et de 20 %; on dit que 80 % des frais destinés à la santé sont des ententes provinciales et territoriales et que 20 % sont des accords bilatéraux. J'aimerais comprendre la distinction entre les deux.

**M. Dupuis :** Le chiffre de 80 % représente des ententes de transferts fédéraux. C'est un montant sans condition que le gouvernement fédéral verse aux provinces et aux territoires...

**La sénatrice Clement :** Sans clauses linguistiques?

**M. Dupuis :** À part les normes établies dans la Loi canadienne sur la santé. Il y a quatre principes qui m'échappent — soit assurer un accès équitable à un système de santé équivalent partout au pays. Donc, 80 % de l'argent va à cet endroit, mais il y a 20 % des accords bilatéraux où le gouvernement fédéral négocie certaines priorités, conditions et collectes de données.

Obviously, the vehicle of bilateral agreements is interesting for us, and in the renegotiation of these agreements, the federal government has established this principle of equitable access for equity-seeking groups, including communities. The principle is there, but when we see the action plans, like the one in British Columbia, we see that the federal government has not followed its own funding and has established a broad principle, without demanding results or defining key indicators for official language minorities. This is problematic in terms of implementation, despite the principles that have been added to recent rounds of agreements.

**Senator Clement:** Which are the best provinces, then?

**Mr. Dupuis:** We don't know yet. British Columbia is the only one... We're hearing good things from Alberta, for example, where the community has worked hard with its ministry, but that remains to be seen, because the agreements and accords aren't public yet.

**Senator Clement:** It depends on the communities' work with their ministries?

**Mr. Dupuis:** We work there on the ground, on both sides, with the federal government and in each of the jurisdictions, to ensure that our concerns are taken into account, but the success rate also sometimes depends on the will of the provincial governments.

**Senator Clement:** Thank you.

**The Chair:** You talked about the Canada Health Act. I'd like to hear what you have to say about the famous advisory committees, because we're confused about the number and relevance of committees, and we don't know who does what. It would be interesting to clarify with you the needs of these communities in this area, to know the composition of the committees, and so on.

First, you'll recall that in the early 2000s, MP Mauril Bélanger — whose memory and actions I salute this evening — introduced a bill to add a sixth principle to the Canada Health Act, which was in fact that of linguistic duality. This legislation would have added the principle of linguistic duality to the conditions that provincial health insurance plans had to meet in order to receive a full financial contribution from the federal government. You supported this amendment at the time. In 2019, in your document entitled *Time for Action: The FCFA Proposes a new Wording of the Official Languages Act*, you reiterated your support for this proposal. Where do you stand on this proposal in the current context? What can you tell us?

Évidemment, le véhicule des accords bilatéraux est intéressant pour nous et, dans la renégociation de ces accords, le gouvernement fédéral a établi ce principe d'accès équitable pour les groupes en quête d'équité, dont les communautés. Le principe est là, mais lorsqu'on voit les plans d'action, comme celui de la Colombie-Britannique, on constate que le gouvernement fédéral n'a pas suivi ses propres fonds et a établi un principe large, sans exiger de résultats ni définir des indicateurs clés pour les minorités de langue officielle. C'est problématique dans la mise en œuvre, malgré ces principes qui ont été ajoutés aux récents cycles d'accords.

**La sénatrice Clement :** Quelles sont les meilleures provinces, alors?

**M. Dupuis :** On ne le sait pas encore. La Colombie-Britannique est la seule... On entend de bons échos de l'Alberta, par exemple, où la communauté a beaucoup travaillé avec son ministère, mais cela reste à voir, car les ententes et les accords ne sont pas rendus publics pour le moment.

**La sénatrice Clement :** Cela dépend du travail des communautés avec leurs ministères?

**M. Dupuis :** Notre travail est là sur le terrain, des deux côtés, soit auprès du gouvernement fédéral et dans chacune des juridictions, pour s'assurer que nos préoccupations soient prises en compte, mais le taux de succès dépend aussi parfois de la volonté des gouvernements provinciaux.

**La sénatrice Clement :** Merci.

**Le président :** Vous avez parlé de la Loi canadienne sur la santé. Je voudrais vous entendre sur les fameux comités consultatifs, parce qu'on s'y perd quant au nombre et à la pertinence des comités, et on ne sait pas qui fait quoi. Ce serait intéressant de préciser avec vous les besoins de ces communautés en cette matière, de connaître la composition des comités, et cetera.

D'abord, vous vous souviendrez que, au début des années 2000, le député Mauril Bélanger — dont je salue la mémoire et les actions ce soir — avait déposé un projet de loi visant à ajouter un sixième principe à la Loi canadienne sur la santé, qui était en fait celui de la dualité linguistique. Cette législation aurait ajouté le principe de dualité linguistique aux conditions que les régimes d'assurance-maladie provinciaux devaient respecter pour bénéficier d'une pleine contribution financière du gouvernement fédéral. Vous aviez soutenu cet amendement à l'époque. En 2019, dans votre document intitulé *La FCFA passe à l'action : proposition d'un nouveau libellé de la Loi sur les langues officielles*, vous avez réitéré votre appui à cette proposition. Où en êtes-vous dans le contexte actuel quant à cette proposition? Que pouvez-vous nous dire?

**Mr. Dupuis:** We always defend and support that principle. There's no intention to reopen the Canada Health Act, but if we go by the principles of this law, it's a principle of equity where there's a certain equalization in Canada that ensures that public services are funded so that they're accessible everywhere. The fact that both national linguistic communities must have equitable access to health care does not mean that the same health care is offered everywhere. We can explore new delivery models, but this would be a principle we would continue to defend absolutely if the government wanted to reopen the Canada Health Act. I think we support that idea, and we could add it to a recommendation that this committee would make. I think it's still very relevant.

**The Chair:** I'm going to draw on a vision outlined by Senator Clement on the question of diversity and the realities... We're talking about two linguistic communities, but we know that within all that, there's a diversity of realities, cultural diversities and diversities of all kinds. In your opinion, is there anything to be said for this, because the notion of linguistic duality contains all this? Is there a need to clarify what linguistic duality means today in the context of 2023, for example?

**Mr. Dupuis:** It's good to have a principle that would mention equity-seeking groups, name them, make a list and name official language communities, but we know that realities are intersectional and that, within the Canadian francophonie, there are other obstacles if you're a racialized person, a woman, an LGBTQ2+ person, et cetera.

We can't include these equity principles and name groups if we don't collect data and track these intersectionalities. We're starting to name principles, but operationalizing equitable access for equity-seeking groups requires a lot of work on the part of the department. Funds must also be made available to support these groups. There are new and innovative service offerings that can be developed if we are serious about this commitment, not just for official languages, but for all groups in Canadian society.

**The Chair:** Thank you. I'd like to hear what you have to say about the advisory committee. In your fourth recommendation, you call for the creation of a permanent advisory committee. In 2017, an advisory committee was set up for the health portfolio. Did you contribute to this committee, and did it lead to any progress? What can you tell us about it? Can you tell us more about the permanent advisory committee you want to create?

I put the question to you with the following vision or perception: we have the impression that, in Canada's health care system, there are a multitude of players and a lack of concertation, collaboration and consultation. What exactly are

**M. Dupuis :** C'est toujours un principe que l'on défend et que l'on soutient. Il n'y a pas d'intention de rouvrir la Loi canadienne sur la santé, mais si on se fie aux principes de cette loi, il s'agit d'un principe d'équité où il y a une certaine péréquation au Canada qui fait en sorte qu'on finance des services publics pour qu'ils soient accessibles partout. Le fait que les deux communautés linguistiques nationales doivent avoir un accès équitable à des soins de santé, cela ne veut pas dire que les mêmes soins de santé sont offerts partout. On peut explorer de nouveaux modèles de prestation, mais ce serait un principe que l'on continuerait de défendre absolument si le gouvernement voulait rouvrir la Loi canadienne sur la santé. Je pense qu'on appuie cette idée et on pourrait l'ajouter à une recommandation que ferait ce comité. Je pense que c'est toujours très pertinent.

**Le président :** Je vais m'appuyer sur une vision de la sénatrice Clement sur la question de la diversité et des réalités... On parle de deux communautés linguistiques, mais on sait bien qu'à l'intérieur de tout cela, il y a une diversité de réalités, des diversités culturelles et des diversités de tous les genres. À votre avis, y a-t-il quelque chose à dire par rapport à cela, parce que la notion de dualité linguistique contient quand même tout cela? Y aurait-il lieu de préciser ce que signifie aujourd'hui la dualité linguistique dans le contexte actuel de 2023, par exemple?

**M. Dupuis :** C'est bien d'avoir un principe qui mentionnerait les groupes en quête d'équité, de les nommer, de faire une liste et de nommer les communautés de langue officielle, mais on sait que les réalités sont intersectionnelles et que, au sein de la francophonie canadienne, il y a d'autres obstacles si on est une personne racisée, une femme, une personne LGBTQ2+, et cetera.

On ne peut pas inclure ces principes d'équité et nommer des groupes si on ne collecte pas des données et si on ne suit pas ces intersectionnalités. On commence à nommer des principes, mais l'opérationnalisation d'un accès équitable pour les groupes en quête d'équité requiert un gros travail de la part du ministère. Des fonds doivent aussi être rendus disponibles pour soutenir ces groupes. Il y a des offres de services nouvelles et innovantes que l'on peut développer si nous sommes sérieux dans cet engagement, pas juste pour les langues officielles, mais pour l'ensemble des groupes de la société canadienne.

**Le président :** Merci. Je veux vous entendre sur le comité consultatif. Dans votre quatrième recommandation, vous réclamez la création d'un comité consultatif permanent. En 2017, on avait mis sur pied un comité consultatif pour le portefeuille de la santé. Avez-vous contribué à ce comité? A-t-il permis de faire des avancées? Que pouvez-vous nous dire à ce sujet? Pouvez-vous nous parler plus en détail du comité consultatif permanent que vous voulez créer?

Je vous pose la question dans la vision ou la perception suivante : on a l'impression que, dans le système de santé au Canada, il y a une multitude de joueurs et un déficit de concertation, de collaboration et de consultation. Quels bénéfices

the benefits you hope to achieve through this permanent advisory committee, and what can you tell us about its operation, composition and objectives at this stage?

**Mr. Dupuis:** The committee we are proposing is a departmental committee that would report directly to the Minister of Health. The challenge with the current advisory committees at the department in their various iterations has been: do they report to the other levels of the department or to the branch, or elsewhere? I think it would be more appropriate to create a permanent minister's advisory committee, which would be responsible for providing guidance to the minister when he negotiates with the provinces and territories.

We know that one of the first responsibilities of Canada's Minister of Health is to negotiate transfer agreements with the provinces. This remains an exclusive responsibility of the provinces and territories. We are seeking to have direct access to the minister's ear and to mobilize experts on health issues affecting the linguistic minority, to equip the minister and other levels of the department on what needs to be done in the next round of renegotiations in the North.

**The Chair:** On composition and representativeness... That's often the challenge with advisory committees: representing different realities. Ms. Roy, do you have anything to add to that?

**Ms. Roy:** Community organizations need to be part of these advisory committees if we're to get a good indication of what's going on in the community. Our organizations need to be able to participate in these consultations.

We could refer to the Official Languages Act to see the importance of consultation.

I think we need to bring together people who know what they're talking about. We're going to bring back consultations, because we need people who can talk about data collection, accountability and transparency. In addition to people from the community, we also need to have leaders who can talk about these aspects.

**The Chair:** Okay. Thank you very much.

I have a few more questions, but first I'm going to give the floor to Senator Poirier.

**Senator Poirier:** We were talking about the recommendations, and I'd like to have a follow-up on that. With regard to the nine recommendations you mentioned, have you had a chance to meet with the new Minister of Health to share your recommendations?

**Ms. Roy:** We haven't had a chance to meet him yet.

exacts comptez-vous obtenir au moyen de ce comité consultatif permanent, et que pouvez-vous nous dire sur son fonctionnement, sa composition et ses objectifs à ce stade-ci?

**M. Dupuis :** Le comité que nous proposons est un comité ministériel qui relèverait directement du ministre de la Santé. Le défi avec les comités consultatifs actuels au ministère dans les différentes moutures était le suivant : est-ce qu'il relève des autres échelons du ministère ou de la direction générale ou autre? Je crois que ce serait plus pertinent de créer un comité consultatif permanent du ministre, qui serait responsable de fournir des orientations au ministre lorsqu'il négocie avec les provinces et territoires.

On sait que l'une des premières responsabilités du ministre de la Santé du Canada est de négocier des ententes de transfert avec les provinces. Cela reste une compétence exclusive des provinces et territoires. Nous cherchons à avoir l'oreille directe du ministre et à mobiliser des experts sur les questions de santé qui touchent la minorité linguistique, pour outiller le ministre et les autres échelons du ministère sur ce qu'on a besoin de faire dans les prochains cycles de négociations dans le Nord.

**Le président :** Sur la composition et la représentativité... C'est souvent le défi au sein des comités consultatifs : la représentation des réalités différentes. Madame Roy, avez-vous quelque chose à ajouter par rapport à cela?

**Mme Roy :** Il faut que les organismes communautaires fassent partie de ces comités consultatifs si l'on veut avoir une bonne indication de ce qui se passe dans la communauté. Il faut que nos organismes puissent participer à ces consultations.

On pourrait se référer à la Loi sur les langues officielles pour voir l'importance de la consultation.

Je pense qu'il faut réunir des gens qui s'y connaissent. On va ramener les consultations, parce qu'il faut avoir des gens qui peuvent parler de collecte de données, de reddition de comptes et de transparence. En plus des gens de la communauté, il faut aussi avoir des responsables qui peuvent parler de ces éléments.

**Le président :** D'accord. Je vous remercie.

J'ai d'autres questions, mais je vais d'abord céder la parole à la sénatrice Poirier.

**La sénatrice Poirier :** On parlait des recommandations, et j'aimerais avoir un suivi à ce sujet. Pour ce qui est des neuf recommandations que vous avez mentionnées, avez-vous eu la chance de rencontrer le nouveau ministre de la Santé pour lui faire part de vos recommandations?

**Mme Roy :** Nous n'avons pas encore eu la chance de le rencontrer.

As Mr. Dupuis mentioned earlier, many of these discussions are being led by one of our members, the Société Santé en français. The Fédération des communautés francophones et acadienne, or FCFA, has not yet met with the new Minister of Health.

**Senator Poirier:** Do you intend to request a meeting with the minister to share your recommendations?

**Ms. Roy:** Yes, absolutely. We want to meet with him along with our colleagues from the Société Santé en français.

**Senator Poirier:** With regard to your recommendation on the advisory committee, do you intend to have people from every province in Canada sit on this committee? Is that one of your recommendations?

**Ms. Roy:** I think we're in a position to have people who can speak knowledgeably with representatives from the various provinces. For example, the Société Santé en français is a federation of several organizations working in each of the provinces. They know what's going on there. We have spokesperson organizations at the national level. So we have a good idea of what's going on across Canada.

Rather than having nine representatives from the provinces and three from the territories, we can sometimes go and find other groups who can speak on behalf of the entire Canadian francophonie.

**Senator Poirier:** I promise this is my last question.

Since New Brunswick is Canada's only officially bilingual province, do you find that health services offered to citizens in the language of their choice are better in New Brunswick than in official language minority communities in other provinces? Even though francophones are a minority in New Brunswick, which is an officially bilingual province, are francophones better off?

**Ms. Roy:** The tools exist to improve the situation for New Brunswick francophones. It's not perfect yet. As an officially bilingual province, there are rights that recognize the importance of communities. These rights exist in both communities.

I think it's perhaps easier to obtain services in French, but we also hear certain comments to the effect that in certain regions of the province, although there have been many improvements in recent years, it's more difficult to access certain services in French.

**Senator Poirier:** Thank you.

Comme l'a mentionné plus tôt M. Dupuis, bon nombre de ces discussions sont menées par l'un de nos membres, soit la Société Santé en français. La Fédération des communautés francophones et acadienne, ou FCFA, n'a pas encore rencontré le nouveau ministre de la Santé.

**La sénatrice Poirier :** Avez-vous l'intention de faire une demande pour rencontrer le ministre afin de lui faire part de vos recommandations?

**Mme Roy :** Oui, absolument. Nous voulons le rencontrer avec nos collègues ou confrères de la Société Santé en français.

**La sénatrice Poirier :** En ce qui concerne votre recommandation sur le comité consultatif, avez-vous l'intention d'avoir des gens de toutes les provinces du Canada qui siègent à ce comité? Cela fait-il partie de vos recommandations?

**Mme Roy :** Je pense qu'on est en mesure d'avoir des gens qui pourront parler en toute connaissance de cause avec les représentants des différentes provinces. Par exemple, la Société Santé en français est une fédération de plusieurs organismes qui travaillent dans chacune des provinces. Ils savent ce qui s'y passe. On a des organismes porte-parole à l'échelle nationale. Nous avons donc une bonne idée de ce qui se passe partout au Canada.

Plutôt que d'avoir neuf représentants des provinces et trois des territoires, on peut parfois aller chercher d'autres groupes qui peuvent parler au nom de l'ensemble de la francophonie canadienne.

**La sénatrice Poirier :** Je vous promets que c'est ma dernière question.

Puisque le Nouveau-Brunswick est la seule province officiellement bilingue du Canada, trouvez-vous que les services de santé offerts aux citoyens dans la langue de leur choix sont meilleurs au Nouveau-Brunswick, comparativement aux communautés de langue officielle en situation minoritaire des autres provinces? Même si les francophones sont minoritaires au Nouveau-Brunswick, qui est une province officiellement bilingue, les francophones sont-ils dans une meilleure situation?

**Mme Roy :** Les outils existent pour que les francophones du Nouveau-Brunswick soient dans une meilleure situation. Ce n'est pas encore parfait. Cette province étant officiellement bilingue, il y a des droits qui reconnaissent l'importance des communautés. Ce sont des droits qui existent dans les deux communautés.

Je pense qu'il est peut-être plus facile d'obtenir des services en français, mais on entend aussi certains commentaires, à savoir que, dans certaines régions de la province, bien qu'il y ait eu beaucoup d'améliorations au cours des dernières années, c'est plus difficile d'avoir accès à certains services en français.

**La sénatrice Poirier :** Merci.

**The Chair:** Go ahead, Mr. Dupuis.

**Mr. Dupuis:** What there is in New Brunswick that may inspire us elsewhere in the country is the idea of separate institutions. With the new Official Languages Act, the federal government recognizes the importance of distinct minority institutions.

In the health field, does that mean we'll have a bilingual health authority, like in New Brunswick or other provinces? No. In some cases, they will be designated institutions. In other cases, they will be francophone or bilingual family health centres.

It's important for the federal Department of Health to think about different models with the communities and how we can structure the health system to ensure a certain autonomy and influence in decision-making, and to create more effective service delivery models.

Today, as francophones in a minority setting, we all too often don't know where to turn to find a family doctor, let alone a specialist, especially when we're referred to specialists elsewhere in the country.

In New Brunswick, a certain institutional stability and vision have emerged for bilingualism in the province. We also need to think about how we want and can structure strong institutions in minority communities across the country. We need to increase access, and above all see to it that francophones who want to be cared for and served in French are no longer forced to constantly seek out these services. Unfortunately, we're not there yet, but there is hope. The new tools in the Official Languages Act point us in that direction.

**The Chair:** Thank you.

I'd like to hear your comments on the upcoming regulations and implementation of the Official Languages Act. You've probably heard Treasury Board President Anand tell the committee that it's going to take some time.

I'd also like to hear your comments on the issue of health care in the private sector and the ability to obtain services in the language of one's choice in the provinces and regions.

My question is simple: are you concerned about the issue of health services being increasingly privatized? What concerns does this raise? In your opinion, how can the federal government, in the context of the agreements, help counter the possible negative effects of private establishments?

Who can answer my question? Ms. Roy?

**Le président :** Allez-y, monsieur Dupuis.

**M. Dupuis :** Au Nouveau-Brunswick, ce qui peut nous inspirer ailleurs au pays, c'est l'idée des institutions distinctes. Avec la nouvelle Loi sur les langues officielles, le gouvernement fédéral reconnaît l'importance des institutions distinctes de la minorité.

Dans le domaine de la santé, est-ce que cela veut dire qu'on aura une régie de santé bilingue, comme au Nouveau-Brunswick ou dans d'autres provinces? Non. Dans certains cas, ce seront des institutions désignées. Dans d'autres cas, ce seront des centres de santé familiale francophones ou bilingues.

Il est important que le ministère de la Santé fédéral réfléchisse à différents modèles avec les communautés et à la façon dont on peut structurer le système de santé pour assurer une certaine autonomie et une certaine influence dans la prise de décisions et pour créer des modèles de prestation de services plus efficaces.

Aujourd'hui, comme francophones en milieu minoritaire, il arrive trop fréquemment qu'on ne sache pas où se tourner pour trouver un médecin de famille ou encore moins pour trouver un médecin spécialiste, surtout lorsqu'on est dirigé vers des spécialistes ailleurs au pays.

Au Nouveau-Brunswick, une certaine stabilité institutionnelle et une vision se sont dégagées du bilinguisme dans la province, mais il faut réfléchir aussi à la façon dont on veut et dont on peut structurer des institutions fortes dans les communautés minoritaires partout au pays, pour augmenter l'accès et surtout permettre aux francophones qui veulent être soignés et servis en français de ne plus être forcés à chercher constamment ces services. Malheureusement, on n'en est pas encore là, mais il y a de l'espoir. Les nouveaux outils de la Loi sur les langues officielles nous pointent dans cette direction.

**Le président :** Merci.

J'aimerais entendre vos commentaires sur la prise de règlements et la mise en œuvre prochaine de la Loi sur les langues officielles. Vous avez sans doute entendu la présidente du Conseil du Trésor, Mme Anand, dire au comité que cela allait prendre un certain temps.

Je voudrais aussi entendre vos commentaires sur la question des soins de santé dans le secteur privé et sur la capacité d'obtenir des services dans la langue de son choix dans les provinces et les régions.

Ma question est simple : êtes-vous préoccupés par la question des services de santé qui relèvent de plus en plus du domaine privé? Qu'est-ce que cela amène comme préoccupations? À votre avis, comment le gouvernement fédéral, dans le contexte des ententes, peut-il aider à contrer les effets négatifs possibles des établissements privés?

Qui peut répondre à ma question? Madame Roy?

**Ms. Roy:** I can start, and Mr. Dupuis can continue.

It's difficult for us, because it's not a question of evaluating the profitability of offering a service to a francophone community in its own language. That's what we're talking about here, services in the private sector. There are profitability objectives, and the development of our communities must not be seen through the prism of ability to pay. In the long run, this would jeopardize our communities. It is more important, in our view, to be able to get services in the public system than to start seeing what it would mean if our communities had to start paying for services.

**The Chair:** Okay.

**Mr. Dupuis:** We already have a problem with third parties doing business with the federal and provincial governments. Often, when a third party is involved, the linguistic obligations don't follow or they're in the contract, but the implementation isn't carried out, because it's a private or separate entity that manages a service on behalf of the government. This worries us enormously. I don't see in any...

**The Chair:** What you're saying is that accountability doesn't exist. What is the...

**Mr. Dupuis:** We already have a problem when it comes to monitoring government services that are supposed to be offered to francophones. I don't think we have the capacity or the desire to see what third parties in the private sector would do if they were obliged to offer certain services. I think we'd be very far from their top priorities.

**The Chair:** All right.

**Ms. Roy:** If I may, I was going to say that we could compare this to language clauses. It's very difficult to have language clauses included in federal-provincial-territorial agreements. If we have third parties from the private sector, it will be the same scenario again.

**The Chair:** I have a question about regulation-making.

You've done a lot of work following the passage of Bill C-13. What are your main concerns in this regard? The President of the Treasury Board and the new Minister of Official Languages are talking about their ability to implement the legislation within a reasonable time frame. What are your hopes in this regard?

**Ms. Roy:** In our opinion, a reasonable time frame would be around 18 months, rather than the three years we heard about when we appeared before your committee. Our hope is that they

**Mme Roy :** Je pourrai commencer et M. Dupuis pourra poursuivre.

C'est difficile pour nous, car ce n'est pas une question d'évaluation de la rentabilité d'offrir un service à une communauté francophone dans sa langue. C'est de cela qu'on parle ici, c'est-à-dire des services dans le secteur privé. Il y a des objectifs de rentabilité et le développement de nos communautés ne doit pas être vu dans le prisme de la capacité de payer. À terme, cela mettrait en danger nos communautés. De ne pas être capable d'accéder à un service dans notre langue dans le système public, il est plus important, selon nous, d'être en mesure d'obtenir des services dans le système public que de commencer à voir ce que cela voudrait dire si nos communautés devaient commencer à payer pour obtenir des services.

**Le président :** D'accord.

**M. Dupuis :** On a déjà un problème avec les tierces parties qui font affaire avec les gouvernements fédéraux et provinciaux. Souvent, quand une tierce partie est impliquée, les obligations linguistiques ne suivent pas ou alors elles sont dans le contrat, mais la mise en œuvre n'est pas réalisée, parce que c'est une entité privée ou à part qui gère un service au nom du gouvernement. Cela nous inquiète énormément. Je ne vois dans aucun...

**Le président :** Ce que vous dites, c'est que la reddition de comptes n'existe pas. Quel est le...

**M. Dupuis :** On a déjà un problème pour ce qui est du suivi des services gouvernementaux qui sont censés être offerts aux francophones. Je ne crois pas qu'on a la capacité ni le souhait de voir ce que des tierces parties du secteur privé feraient si elles avaient l'obligation d'offrir certains services. Je pense qu'on serait très loin de leurs grandes priorités.

**Le président :** D'accord.

**Mme Roy :** Si vous me le permettez, j'allais dire qu'on pourrait comparer cela aux clauses linguistiques. C'est très difficile d'avoir des clauses linguistiques dans les ententes fédérales-provinciales-territoriales. Si on a des tierces parties issues du secteur privé, ce sera le même scénario encore une fois.

**Le président :** J'ai une question au sujet de la prise de règlements.

Vous avez beaucoup travaillé sur la suite de l'adoption du projet de loi C-13. Quelles sont vos principales préoccupations à cet égard? La présidente du Conseil du Trésor et le nouveau ministre des Langues officielles parlent de leur capacité de mettre en œuvre la loi dans un délai raisonnable. Quel est votre espoir à cet égard?

**Mme Roy :** Selon nous, un délai raisonnable serait de 18 mois environ plutôt que les trois années dont on a entendu parler lors de la présentation devant votre comité. Notre souhait, c'est que

will start with Part VII, the positive measures, because they affect our communities. This needs to happen relatively quickly, within 18 months. I'll let Mr. Dupuis continue, if he wants to add any comments.

**Mr. Dupuis:** It took six years to pass a bill. If we have to wait another three years for the first regulations, we'll have been working on this for a decade. Communities are resilient and organized. Everything has been said in the many consultations we've already held with the various departments in preparing to modernize the law. We told the Treasury Board of Canada Secretariat that the entire Canadian francophonie network was ready, that it already knew what its demands were, that we would be submitting a brief and that we wanted the formal process that would lead to the adoption of the regulations to get underway as quickly as possible. The communities are ready. Our hope is that it will happen sooner. The 18-month period was seen as a promise. The government has said that we intend to adopt the first regulations in 18 months. We hope the government will keep its word and work with us to move quickly. The needs are known.

**The Chair:** In your opinion, in the comments made by the two ministers who appeared before us, do the areas of responsibility of each seem clear enough? If not, do you have any comments to make on this, to help the committee understand how this division of responsibilities should or will work?

**Mr. Dupuis:** At the moment, we don't have any clear indications as to who will play what role. We're relying on the legislation that's been passed. It would be very important for Canadian Heritage and the Treasury Board of Canada Secretariat to make this division of tasks public as soon as possible, so that we can clearly understand who is responsible for establishing regulations, overseeing and monitoring the implementation of the law, as well as for the elements of public policy and overall vision.

We had proposed a central agency. The outcome of the parliamentary process gave us two institutions that play important roles. This tandem must be absolutely clear. If we can't see on paper what the roles and responsibilities of each are, we'll have trouble implementing the law.

**The Chair:** Ms. Roy, is there anything else you'd like to add?

**Ms. Roy:** No, that's fine. It's very good, yes.

**The Chair:** I don't think my colleagues have any further questions for you. I'd like to thank you both for your commitment to official language minority communities, for the work you do and for the thoroughness of your committee

l'on commence par la partie VII, à savoir les mesures positives, parce que celles-ci touchent nos communautés. Il faut que cela se fasse relativement rapidement, soit d'ici 18 mois. Je vais laisser M. Dupuis poursuivre, s'il veut ajouter des commentaires.

**M. Dupuis :** Il a fallu six ans pour adopter un projet de loi. S'il faut attendre encore trois ans pour avoir les premiers règlements, cela fera une décennie qu'on travaille sur ce dossier. Les communautés sont résilientes et organisées. Tout a été dit dans les multiples consultations que nous avons déjà menées avec les différents ministères en préparant la modernisation de la loi. Nous avons dit au Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada que l'ensemble du réseau de la francophonie canadienne était prêt, qu'il connaissait déjà ses demandes, qu'on allait soumettre un mémoire et qu'on souhaitait que le processus formel qui mènerait à l'adoption des règlements soit enclenché le plus rapidement possible. Les communautés sont prêtes. Notre souhait est que cela se fasse plus tôt. La durée de 18 mois a été vue comme une promesse. Le gouvernement a dit qu'on avait l'intention d'adopter les premiers règlements dans 18 mois. On souhaite que le gouvernement tienne parole et travaille avec nous pour aller rapidement. Les besoins sont connus.

**Le président :** À votre avis, est-ce que, dans les commentaires des deux ministres qui ont comparu devant nous, les champs de responsabilité de l'un et de l'autre semblent assez clairs? Sinon, avez-vous quelques commentaires à faire par rapport à cela, pour aider le comité à bien comprendre comment devrait ou comment va fonctionner cette répartition des responsabilités?

**M. Dupuis :** Pour le moment, nous n'avons pas d'indications claires sur qui jouera quel rôle. On se fie à la loi qui a été adoptée. Ce serait très important que Patrimoine canadien et le Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada rendent rapidement cette division des tâches publique, pour qu'on puisse bel et bien comprendre de qui révèle l'établissement des règlements, la supervision et le suivi de la mise en œuvre de la loi, ainsi que les éléments de politique publique et de grande vision.

On avait proposé une agence centrale. Le résultat du processus parlementaire nous a donné deux institutions qui jouent des rôles importants. Ce tandem doit être absolument clair. Si on ne voit pas sur papier quels sont les rôles et les responsabilités de chacun, on aura de la difficulté à assurer la mise en œuvre de la loi.

**Le président :** Madame Roy, y a-t-il quelque chose que vous voudriez ajouter?

**Mme Roy :** Non, c'est bien. C'est très bien, oui.

**Le président :** Je ne crois pas que mes collègues ont d'autres questions à vous poser. Je vous remercie tous les deux pour votre engagement envers les communautés de langue officielle en situation minoritaire, pour le travail que vous faites et pour la



appearances. It's always a pleasure to welcome you and to hear what you have to say. Thank you very much. Your contribution will certainly enrich our report. Thank you very much.

For our final panel of witnesses, we are honoured to welcome, by videoconference, Mr. Paul G. Brunet, President of the Conseil pour la protection des malades du Québec. Good evening, Mr. Brunet, and welcome to our panel. I've read your biographical notes. I'm impressed by your background. Thank you for all the work you've done. We're ready to hear your opening statement, which will be followed by a question and answer session. The floor is yours, sir.

**Paul G. Brunet, President, Conseil pour la protection des malades du Québec:** Thank you, Mr. Chair. Honourable Senators, good evening. I would like to remind you that the Conseil pour la protection des malades is an organization founded 50 years ago by my older brother, Claude, who lived in a nursing home before dying. This year marks my 25th anniversary as spokesperson for the council.

[English]

Let's remind everyone that the Quebec Counsel for the Protection of Patients is not a language-rights advocate. We advocate for access to health care for all patients, whatever their language is, so that the patient gets the adequate health care that they need.

[Translation]

We've been fighting this battle for almost 50 years. Our organization does not advocate for languages, but for access to care for patients. In fact, we fight for patients on the West Island of Montreal who can't be cared for in French; for patients in the east end of Montreal, because some English-speaking patients are misunderstood by French-speaking staff; at Santa Cabrini Hospital, for elderly people who speak only Italian; at the Chinese Hospital, for people who speak only Chinese.

[English]

We fight for everyone. That is the story of our lives.

[Translation]

Language is an essential tool for understanding and being understood when a health issue arises for us, a family member or a friend. Quebec's Act respecting health and social services provides certain guarantees regarding the right to understand and be understood. For example, there are some extraordinary doctors at the McGill University Health Centre, highly specialized physicians, who are unable to speak French. We are able to provide translation for the care that an experienced doctor

rigueur de vos comparutions au comité. C'est toujours un plaisir de vous accueillir et de vous entendre. Nous vous remercions énormément. Votre contribution va certainement alimenter notre rapport. Merci beaucoup.

Pour notre dernier groupe de témoins, nous avons l'honneur d'accueillir, par vidéoconférence, M. Paul G. Brunet, président du Conseil pour la protection des malades du Québec. Bonsoir, monsieur Brunet, et bienvenue parmi nous. J'ai parcouru vos notes biographiques. Je suis impressionné par votre parcours. Je vous remercie de tout le travail que vous avez fait. Nous sommes prêts à entendre votre déclaration préliminaire, qui sera suivie par une période de questions. La parole est à vous, monsieur.

**Paul G. Brunet, président, Conseil pour la protection des malades du Québec :** Merci, monsieur le président. Honorables sénateurs et sénatrices, bonsoir. Je vous rappelle que le Conseil pour la protection des malades est un organisme fondé il y a 50 ans par mon grand frère, Claude, qui a résidé dans un centre d'hébergement avant de mourir. Cela fait 25 ans cette année que je suis porte-parole du conseil.

[Traduction]

Rappelons que le Conseil pour la protection des malades du Québec n'est pas un défenseur des droits linguistiques. Nous défendons l'accès aux soins de santé pour tous les malades, quelle que soit leur langue, l'objectif étant qu'ils reçoivent les soins de santé adéquats dont il a besoin.

[Français]

C'est notre combat depuis près de 50 ans. Nous ne sommes pas un organisme défenseur des langues, mais de l'accès aux soins pour les patients. D'ailleurs, on se bat pour les patients dans l'Ouest-de-l'Île de Montréal qui ne peuvent pas être soignés en français; pour les patients de l'est de Montréal, car certains patients anglophones sont mal compris par le personnel francophone; à l'Hôpital Santa Cabrini, pour des personnes âgées qui ne parlent que l'italien; à l'Hôpital chinois, pour des gens qui ne parlent que le chinois.

[Traduction]

Nous nous battons pour tout le monde. C'est l'histoire de nos vies.

[Français]

La langue est un outil essentiel pour comprendre et être compris lorsqu'une question de santé se présente pour nous, un membre de notre famille ou un ami. La Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec donne certaines garanties quant au droit de comprendre et d'être compris. Par exemple, il y a des médecins extraordinaires au Centre universitaire de santé McGill, des médecins hautement spécialisés, qui sont incapables de parler en français. On réussit à faire traduire les soins qu'un

gives, because we need him or her, notwithstanding the fact that the person may have difficulty speaking French.

These rights include confidentiality of the file, the right to be sufficiently informed of one's situation, the right to understand staff and to be understood, the right to participate in decisions that concern us, the right to consent or refuse treatment and to be treated with respect and dignity. The right to receive care in Quebec is part of the more general right recognized by the Canadian Charter of Rights and Freedoms, which is the right to life. For us, the right to receive care clearly falls under the right to life, and is notably protected by the Canadian and Quebec charters of rights and freedoms.

Since 1991, the Quebec government has limited the rights provided for under its Act respecting health and social services, stating that they are subject to the availability of human, financial and material resources. Section 15 of the current law will be replaced by section 14 or 16 of Bill 15, which is currently before a parliamentary committee. However, these limitations, be they linguistic or health-related, cannot be overridden by people's right to receive care, because under the Canadian Charter of Rights and Freedoms, the right to life, and therefore the right to care, and the right to security are constitutional rights.

In our opinion, the Quebec legislator cannot legally and constitutionally limit access to care on the basis of section 15, because of the guaranteed rights to life and security enshrined in the Canadian Charter of Rights and Freedoms.

Section 15, which limits these rights, should be interpreted. We do so in many respects, because of the work we do to ensure that people receive care and that the right to life and security is always respected, despite the fact that resources are lacking.

The question of health-related rights arises in relation to the question of services that are on the periphery of clinical care, such as bedside care, the right to a bath, a shower, the lack of hygiene in long-term care centres, proper meals, and Alzheimer's patients who are not housed in places that are safe for them and for other residents.

We continue to argue that these all-important care activities in long-term care facilities are not protected by provincial health jurisdiction. They are not health care. So section 92(7) of the Constitution Act cannot apply, because it talks about health and hospitals. For us, where the Canadian government could intervene — and we will certainly support it — is in all peripheral care that is not medical care, that is not hospital care. We're talking about basic care. We're talking about bedding,

médecin chevronné donne, car on a besoin de lui ou d'elle, nonobstant le fait que la personne peut avoir de la difficulté à parler en français.

Ces droits comprennent la confidentialité du dossier, le droit d'être informé suffisamment de sa situation, le droit de comprendre le personnel et d'être compris, le droit de participer aux décisions qui nous concernent, le droit de consentir ou de refuser un traitement et d'être traité avec respect et dignité. Le droit de recevoir des soins au Québec fait partie du droit plus général reconnu par la Charte canadienne des droits et libertés, qui est le droit à la vie. Pour nous, le droit de recevoir des soins est manifestement un démembrement du droit à la vie, et il est notamment protégé par les chartes canadienne et québécoise des droits et libertés.

Depuis 1991, l'État québécois a limité les droits prévus conformément à sa Loi sur les services de santé et les services sociaux en mentionnant qu'ils sont sujets aux ressources humaines, financières et matérielles disponibles. L'article 15 de la loi actuelle sera remplacé par l'article 14 ou 16 du projet de loi n° 15, qui est à l'étude actuellement en commission parlementaire. Cependant, ces limitations, qu'il s'agisse de droits linguistiques ou liés à la santé, ne peuvent pas être contrecarrées par le droit des gens à recevoir des soins, parce que conformément à la Charte canadienne des droits et libertés, le droit à la vie, et donc le droit aux soins, et le droit à la sécurité sont des droits constitutionnels.

À notre avis, le législateur québécois ne peut pas, légalement et constitutionnellement, limiter l'accès aux soins au motif de son article 15, à cause des droits garantis à la vie et à la sécurité qui sont consacrés dans la Charte canadienne des droits et libertés.

L'article 15, qui vient limiter ces droits, devrait être interprété. Il l'est par nous à plusieurs égards, à cause du travail que nous faisons pour nous assurer que les gens reçoivent des soins et que le droit à la vie et à la sécurité est toujours respecté, malgré le fait qu'il manque des ressources.

La question des droits en matière de santé surgit par rapport à la question des services qui sont en périphérie des soins cliniques, comme les soins de chevet, le droit au bain, à la douche, le manque d'hygiène dans les centres de soins de longue durée, des repas convenables, des patients souffrant d'Alzheimer qui ne sont pas hébergés dans des lieux sécuritaires pour eux et pour les autres résidents.

Nous continuons de prétendre que ces soins fort importants dans les centres de soins de longue durée ne sont pas des activités protégées par la compétence des provinces en matière de santé. Ce ne sont pas des soins de santé. Alors, le paragraphe 92(7) de la Loi constitutionnelle ne peut pas s'appliquer, parce qu'il parle de la santé et des hôpitaux. Pour nous, là où le gouvernement canadien pourrait intervenir — et nous allons certainement l'appuyer —, c'est dans tous les soins

meals. Is a meal a bit like medical care? Some would say yes, but these are not protected clinical acts reserved for doctors and nurses.

In that sense, the federal government certainly has room to manoeuvre to avoid the endless battles with provincial governments over jurisdiction in health care. I'm sorry. I've heard Premier Legault say, "Health care is our jurisdiction." Yes, but you do a very poor job of delivering care related to baths, showers, meals and answering the bell in nursing homes. So don't tell us that it's your exclusive jurisdiction, let alone that you do it well, because it's not true. There is currently a class action lawsuit before the Superior Court against all Quebec nursing homes for the mistreatment of residents.

When someone is ill, the language barrier must not become an obstacle to understanding them and their caregivers, especially in emergency situations. I've heard the testimony of previous witnesses, and I have to say that, generally, when we fight for patients to receive care and to be understood in French or English in Quebec, there are certain regions where it's more difficult; but in general, we succeed, with good accommodations, in making nurses and doctors listen to reason and respect their oaths of office when it comes to offering urgent care, particularly to Quebec patients.

According to the Institut de la statistique du Québec, 20% of patients don't speak French and have difficulty understanding and being understood when they need care or social services. Accommodation and translation services are now available in many places, but special attention must be paid to ensuring that caregivers and patients have access to learning Canada's two official languages.

I was recently at the Toronto airport. I went up to the Air Canada counter, which has to be bilingual, and asked the lady if she was bilingual.

[*English*]

She said, "Yes, sir. I speak English and Hindi." With all due respect, of course, this is not the kind of bilingualism we're talking about here in Canada.

[*Translation*]

During the pandemic, for example, few information documents were made available in English, so that unilingual English-speaking patients, who were often elderly, had very little

en périphérie qui ne sont pas des soins médicaux, qui ne sont pas des soins hospitaliers. Il s'agit de soins d'hôtellerie. On parle de la literie, des repas. Est-ce qu'un repas est un peu un soin médical? Certains diraient que oui, mais ce ne sont pas des actes cliniques protégés et réservés aux médecins et aux infirmières.

En ce sens, le gouvernement fédéral a certainement une marge de manœuvre pour éviter les sempiternelles luttes avec les gouvernements des provinces sur la question de la compétence en matière de soins de santé. Je suis désolé. J'ai déjà entendu le premier ministre Legault dire : « Les soins de santé, c'est notre compétence. » Oui, mais vous livrez très mal les soins liés aux bains, aux douches, aux repas et pour répondre à la cloche dans les centres d'hébergement. Alors, ne nous dites pas que c'est votre compétence exclusive et encore moins que vous le faites bien, parce que ce n'est pas vrai. Il y a un recours collectif actuellement devant la Cour supérieure contre tous les centres d'hébergement du Québec pour maltraitance envers les personnes hébergées.

Lorsqu'une personne est malade, il faut éviter que la barrière de la langue devienne un obstacle pour être compris et pour comprendre les soignants, surtout en situation d'urgence; on n'a pas le temps. J'ai entendu les témoignages des témoins précédents et je dois dire qu'en général, lorsque l'on se bat pour des patients pour qu'ils reçoivent des soins et pour qu'ils soient compris en français ou en anglais au Québec, il y a certaines régions où c'est plus difficile, mais en général, on réussit, avec de bons accommodements, à faire entendre raison et à faire en sorte que les serments d'office des infirmières et des médecins soient respectés par eux et elles lorsqu'il faut offrir des soins urgents, en particulier à des malades québécois.

Selon l'Institut de la statistique du Québec, 20 % des patients ne parlent pas français et ont de la difficulté à comprendre et à être compris lorsqu'ils ont besoin de soins ou de services sociaux. Les accommodements et les services de traduction sont maintenant disponibles à plusieurs endroits, mais une attention particulière doit être portée pour que les soignants et les patients aient accès à l'apprentissage des deux langues officielles du Canada.

J'étais récemment à l'aéroport de Toronto. Je me suis présenté au comptoir d'Air Canada, qui doit être bilingue, et j'ai demandé à la dame si elle était bilingue.

[*Traduction*]

Elle a dit : « Oui, monsieur. Je parle anglais et hindi. » Avec tout le respect que je lui dois, ce n'est pas le genre de bilinguisme dont nous parlons ici au Canada.

[*Français*]

Lors de la pandémie, par exemple, peu de documents d'information ont été rendus disponibles en anglais, de sorte que les patients unilingues anglophones, qui étaient souvent des

access to government instructions, which put them in a risky situation, especially during a pandemic, since we all experienced it together. Verbal and non-verbal language are also indicators of a patient's state and condition. Those indicators shouldn't get lost in the translation process set up by the health care institution. I know that there are translation services at several major hospitals, such as McGill and the CHUM. I know that Indigenous communities in places like Joliette in western Quebec sometimes have access to translation services for First Nations people who cannot understand French or English.

In some situations, a very ill patient loses certain language skills and may require special attention to the language he or she understands at the time of care, and not necessarily to the language identified in his or her file. Someone who suffers a stroke, for example, will lose the knowledge of one of the languages they speak and suddenly be more at ease in another, for reasons I can't explain. Speaking another language in which one can be understood, even if the designation of the language differs in the file, can be an asset for this patient or for the nursing staff.

The idea is to work so that Canadians and newcomers, whatever their origin, have the right to learn and can access English or French instruction, depending on the province in Canada and where they decide to make their life. Quebec's health care system is cumbersome and complicated, and every measure must be taken to ensure that a patient can understand and be understood during his or her stay in hospital, when receiving care at home or in a long-term care facility. Failure to do so inevitably puts the patient's treatment and recovery at risk.

Bill C-15, which is currently under consideration, is intended to ensure that the health care system will be less cumbersome and bureaucratic in the future. I hope it will. Patients themselves and their families are increasingly called upon to be partners in the care in which they participate with caregivers. In this sense, it has never been more important for everyone to understand the issues surrounding care and consent. We must therefore work to improve access to care, especially primary care, and above all ensure that language is never an issue for any patient, in Canada or Quebec.

Finally, let's not forget that the Conseil pour la protection des malades is a private, non-profit organization, poorly funded by the Quebec government. We look forward to the federal government's help in funding our services, and we wish to act independently of government, people's age, illness or disability,

personnes âgées, n'ont eu que très difficilement accès aux consignes gouvernementales, ce qui les a placés dans une situation risquée, surtout en situation de pandémie, puisque nous l'avons tous vécue ensemble. Les langages verbal et non verbal sont aussi des indicateurs de l'état et de la condition de santé du patient. Pour cela, on ne devrait pas se perdre dans le processus de traduction mis en place par l'institution soignante. Je sais qu'il y a des services de traduction dans divers grands centres hospitaliers, comme à McGill et au CHUM. Je sais que des communautés autochtones, dans l'Ouest du Québec comme à Joliette, ont parfois accès à des services de traduction pour les personnes des Premières Nations qui ne peuvent pas comprendre le français ou l'anglais.

Dans certaines situations, un patient très malade perd certaines habiletés du langage et peut requérir une attention particulière pour ce qui est de la langue qu'il comprend au moment des soins, et pas nécessairement à la langue identifiée dans son dossier. Quelqu'un qui subit une attaque cérébrale, par exemple, perdra la connaissance d'une des langues qu'il parle et sera soudainement plus à l'aise dans une autre langue pour des raisons que je ne pourrais expliquer. Parler une autre langue dans laquelle on peut être compris, même si la désignation de la langue diffère dans le dossier, peut être un atout pour ce patient ou pour le personnel soignant.

L'idée, c'est d'œuvrer pour que les Canadiens et les nouveaux arrivants, de quelque origine qu'ils soient, aient le droit et aient accès à l'apprentissage de l'anglais ou du français, selon la province au Canada et selon l'endroit où ils décident de faire leur vie. Le système de santé québécois est lourd et compliqué et il faut prendre toutes les mesures requises pour qu'un patient puisse être compris et puisse comprendre lors de son séjour à l'hôpital, quand il reçoit des soins à domicile ou dans un centre de soins de longue durée. Sinon, on met inévitablement à risque le traitement et le recouvrement de la santé du patient.

Le projet de loi C-15 actuellement à l'étude a la prétention d'assurer que le système de santé sera moins lourd et moins bureaucratique à l'avenir. Je l'espère. Les patients eux-mêmes et leurs familles sont de plus en plus sollicités pour être des partenaires dans les soins auxquels ils participent avec les soignants. La compréhension des communications de tous quant aux enjeux de soins et de consentement n'a, en ce sens, jamais été aussi importante. Il faut alors œuvrer à un meilleur accès aux soins, en particulier aux soins de première ligne, et surtout faire en sorte que la langue ne soit jamais un enjeu pour aucun patient, au Canada comme au Québec.

Enfin, rappelons que le Conseil pour la protection des malades est un organisme privé, à but non lucratif, mal financé par le gouvernement du Québec. Nous avons hâte que le gouvernement fédéral nous aide à financer nos services et nous souhaitons agir indépendamment du gouvernement, de l'âge des gens, de leur

language, ethnic group, sexual orientation or socio-cultural background, because patients have the right to receive adequate care and services, worthy of their condition and needs. Thank you.

**The Chair:** Thank you very much, Mr. Brunet. Thank you for having specified that you do not advocate for English-French language rights. Your experience with the challenges faced by health services and patients in the area of language, whatever the language, can inform our debate on health services in the minority language. Your words are enlightening in that sense.

You've touched on certain issues that generally have a broader impact on issues other than language, i.e., issues related to health services more broadly. Our aim is to focus on issues that concern linguistic minorities, whether they be the English-speaking community in Quebec or the French-speaking community outside Quebec. That said, I'd like to open the question period with this context in mind. Thank you again for being here. I'd now like to turn the floor over to the deputy chair of the committee, Senator Poirier.

**Senator Poirier:** Thank you for joining us this evening. I have a few questions. In Quebec, anglophones are in the minority, compared to the rest of Canada, where francophones are in the minority. Do you receive complaints about the lack of access to health services in English, such as those received by the Quebec Community Groups Network? If so, what kind of complaints do you receive?

**Mr. Brunet:** I receive complaints from English-speaking patients and even from nursing home residents or their families in certain areas of Montreal. In Quebec City, I receive complaints from English-speaking patients who are not understood by the nursing staff. In Montreal, I receive complaints from francophones on the West Island about staff who don't speak French. As I said earlier, at the Santa Cabrini Hospital, there are many people who speak only Italian — especially the elderly — and who need help to be understood and to understand. It's the same thing in the east end of Montreal, where English-speaking patients make complaints. What we do is intervene. We remind the administration of its duties and obligations under the law. They tell us that there's section 15, which sets limits based on resources; I tell them that the right to care is a right to life, that the right to life is protected by the Canadian Constitution and that it's not a defence or a limit that they can raise under the law. I'm a lawyer myself.

In general — I've been a spokesperson for 25 years — we succeed in making them see reason. Sometimes, however, we have to fight and resort to higher authorities, such as filing a complaint with the complaints commissioner or turning to the

maladie ou handicap, de leur langue, de leur groupe ethnique, de leur orientation sexuelle ou de leur origine socioculturelle, parce que les malades ont le droit de recevoir des soins et des services adéquats, dignes de leur état et de leurs besoins. Merci.

**Le président :** Merci beaucoup, monsieur Brunet. Merci de préciser que vous n'êtes pas spécialisé dans la question des droits linguistiques anglais-français. L'expérience que vous vivez face aux défis que vivent les services de santé et les patients dans le domaine de la langue, peu importe la langue, peut éclairer notre débat sur les services de santé dans la langue de la minorité. Vos propos sont éclairants dans ce sens-là.

Vous avez abordé certains enjeux qui touchent généralement plus largement d'autres enjeux que ceux de la langue, donc les enjeux liés aux services de santé plus largement. Notre objectif est de concentrer les enjeux qui concernent les minorités linguistiques en situation minoritaire, qu'il s'agisse de la communauté anglophone du Québec ou de la communauté francophone à l'extérieur du Québec. Cela dit, j'ouvre la période des questions avec cette mise en contexte en tête. Je vous remercie encore d'être présent. Je donne la parole à la vice-présidente du comité, la sénatrice Poirier.

**La sénatrice Poirier :** Merci d'être avec nous ce soir. J'ai quelques questions. Au Québec, les anglophones sont en situation minoritaire, comparativement au reste du Canada, où ce sont les francophones qui sont en situation minoritaire. Recevez-vous des plaintes sur le manque d'accès aux services de santé en anglais, comme celles que reçoit le Quebec Community Groups Network? Si oui, quel genre de plaintes recevez-vous?

**M. Brunet :** Je reçois des plaintes de patients anglophones et même de résidents de centres d'hébergement ou de leur famille dans certains secteurs de Montréal. À Québec, je reçois des plaintes de patients anglophones qui ne sont pas compris par le personnel soignant. Je reçois des plaintes de francophones de l'Ouest-de-l'Île, à Montréal, concernant certains membres du personnel qui ne parlent pas français. Comme je le disais plus tôt, à l'Hôpital Santa Cabrini, il y a beaucoup de personnes qui ne parlent que l'italien — des personnes âgées surtout — et qui ont besoin d'être aidées pour être comprises et pour comprendre. C'est la même chose dans l'est de Montréal, où des patients anglophones font des plaintes. Ce qu'on fait, c'est qu'on intervient. On rappelle à l'administration ses devoirs et les obligations prévues dans la loi. Ils nous disent qu'il y a l'article 15 qui prévoit des limites selon les ressources; je leur dis que le droit aux soins est un droit à la vie, que le droit à la vie est protégé par la Constitution canadienne et que ce n'est pas une défense ou une limite qu'ils peuvent soulever au regard du droit. Je suis moi-même avocat.

En général — je suis porte-parole depuis 25 ans —, on réussit à leur faire entendre raison. Cependant, parfois, nous devons nous battre et recourir à des instances supérieures, comme déposer une plainte auprès du commissaire aux plaintes ou nous

Protecteur du citoyen du Québec. Just recently, I had to deal with the case of a lady of Russian origin who only understands English, and for whom we had to do battle, because the person wasn't being taken seriously, given that she didn't speak French. We had to turn to the Protecteur du citoyen; in the end, the CLSC in question ended up offering the person services.

All it takes is a little goodwill, and that can ensure that citizens of a bilingual country like ours can live together.

**Senator Poirier:** Does your organization receive funding from the federal government to protect the rights of English-speaking patients in Quebec? If so, how do you use this funding to protect the rights of English-speaking minority patients in Quebec?

**Mr. Brunet:** We don't receive any funding. We don't understand why we don't get more help and why the federal government doesn't help us; we're underfunded by the provincial government, because we only get \$150,000 a year to cover the whole of Quebec. There are very few of us in the office; there are only three of us, in fact. It would be really appreciated if links could be created so that we could apply to the federal government for funding. We don't have anything right now.

**Senator Poirier:** Have you already met with the federal government to make requests?

**Mr. Brunet:** I spoke to my MP, Mr. Guilbeault, and they told me about different possibilities; during the pandemic, we could take out a \$20,000 or \$40,000 loan. I replied that this was not what we needed, but ongoing funding, so that we could continue to work and defend the rights of people who need care, despite the fact that they don't speak French. We receive no funding from the federal government, and that's sad.

**Senator Poirier:** Thank you.

**Senator Mégie:** Good morning, Mr. Brunet. Thank you for being with us. I really appreciate your dedication to defending patients' rights in Quebec. I often hear you on the air.

I'd like to follow up on Senator Poirier's question. I know that you receive many complaints, and that the complaints cover a wide range of subjects. Do you have any data on the proportion of anglophones versus francophones who complain to your organization?

**Mr. Brunet:** In terms of the number of complaints we receive, we don't do statistical studies, because we don't have the staff to do so. We've been receiving complaints for 25 years,

tourner vers le Protecteur du citoyen du Québec. Tout récemment, j'ai dû m'occuper du cas d'une dame d'origine russe qui ne comprend que l'anglais et pour laquelle nous avons dû aller au front, parce que la personne n'était pas prise au sérieux, étant donné qu'elle ne parlait pas français. Nous avons dû nous tourner vers le Protecteur du citoyen; finalement, le CLSC en question a fini par offrir des services à la personne.

Il suffit d'avoir un peu de bonne volonté; cela peut assurer que les citoyens d'un pays bilingue comme le nôtre peuvent vivre ensemble.

**La sénatrice Poirier :** Votre organisation reçoit-elle du financement de la part du gouvernement fédéral afin de protéger les droits des patients anglophones au Québec? Si oui, comment utilisez-vous ce financement pour protéger les droits des patients anglophones en situation minoritaire au Québec?

**M. Brunet :** Nous ne recevons aucun financement. Nous ne comprenons pas pourquoi nous ne recevons pas davantage d'aide et pourquoi le gouvernement fédéral ne nous aide pas; nous sommes sous-financés par le gouvernement provincial, car nous ne recevons que 150 000 \$ par année pour couvrir le Québec au complet. Nous sommes très peu nombreux au bureau; nous ne sommes que trois personnes, en fait. Ce serait vraiment apprécié si des liens étaient créés afin qu'on puisse présenter une demande de financement au gouvernement fédéral. Nous n'avons rien en ce moment.

**La sénatrice Poirier :** Avez-vous déjà rencontré le gouvernement fédéral pour faire des demandes?

**M. Brunet :** J'ai parlé à mon député, M. Guilbeault, et on m'a fait part de différentes possibilités; lors de la pandémie, on pouvait contracter un prêt de 20 000 \$ ou de 40 000 \$. J'ai répondu que ce n'était pas de cela dont nous avons besoin, mais bien d'un financement continu, afin de continuer d'œuvrer et de défendre les droits des gens qui ont besoin de soins, malgré le fait qu'ils ne parlent pas français. Nous ne recevons aucun financement du gouvernement fédéral, et c'est triste.

**La sénatrice Poirier :** Merci.

**La sénatrice Mégie :** Bonjour, monsieur Brunet. Merci d'être avec nous. Je reconnais vraiment votre dévouement à la défense des droits des patients au Québec. Je vous entends souvent sur les ondes.

J'aimerais faire suite à la question de la sénatrice Poirier. Je sais que vous recevez de nombreuses plaintes et que les plaintes couvrent un grand éventail de sujets. Disposez-vous de données qui font état de la proportion des anglophones comparativement aux francophones qui se plaignent à votre organisation?

**M. Brunet :** En ce qui a trait au nombre de plaintes que l'on reçoit, on ne fait pas d'études statistiques, car nous ne disposons pas du personnel requis pour le faire. Depuis 25 ans, nous

and we represent everyone in Quebec. We have 300 duly subscribed individual members within our organization, and we also have 250 user and resident committees in as many care facilities throughout Quebec.

Of these affiliated committees, 20% are English-speaking. Tomorrow evening, I'm giving an information session on Bill 15 to the user committee at McGill University Hospital; it will be in English. That's about 20% of the committees, to give you an idea, that are English-speaking.

I can tell you — and I'm very proud of this — that all our meetings are simultaneously interpreted every time we hold one. We recently held a symposium in Brossard on the patient experience, and there were professionals doing the simultaneous interpretation.

**Senator Mégie:** Does this mean that the language issue is a small part of the complaints you receive?

**Mr. Brunet:** Absolutely.

**Senator Mégie:** Thank you.

**Senator Clement:** Thank you for being here. I'm very interested in your work; it's remarkable. You keep data on the complaints you receive; are you receiving more complaints from people who live in intersectionality, not only in terms of language, but also in terms of racialized populations, for example? Are you noticing a trend in terms of vulnerability?

**Mr. Brunet:** People subscribe individually and committees come from all regions of Quebec and all areas of the city of Montreal. People who can't express themselves in French or English are relatively rare — well, for the cases we defend. We also do this at Montreal's Chinese Hospital, for example, but I don't have any precise data to give you, other than to say that I often take part in radio programs for Montreal's Haitian community, and do so with pleasure.

In fact, complaints are often made by telephone. On the margins, we have racialized people who file a complaint and we accompany them through the system; these people generally need a lot more help, because we're starting from a long way away. If by some misfortune we have to deal with a group of caregivers who are racist or who don't want to understand that all people have certain rights, no matter where they come from, and especially no matter what their condition, we sometimes have to speak up a little louder.

What I often say when communicating with people... In general, situations can be resolved. Remember, there are usually people in the health care network who want to help. However, as I learned in my MBA course, there's always 10% who are part of

recevons des plaintes et nous représentons tout le monde au Québec. Nous comptons 300 membres individuels dûment abonnés au sein de notre organisation et nous avons aussi 250 comités d'usagers et de résidents dans autant d'établissements de soins partout au Québec.

De ce nombre de comités affiliés, 20 % des comités sont anglophones. Demain soir, je donne une séance d'information sur le projet de loi n° 15 au comité d'usagers de l'hôpital universitaire McGill; ce sera en anglais. C'est environ 20 % des comités, pour vous donner une idée, qui sont anglophones.

Je peux vous dire — et j'en suis très fier — que tous nos colloques sont interprétés simultanément chaque fois que nous tenons des assemblées. Nous avons organisé récemment un colloque à Brossard sur l'expérience des patients et il y avait des professionnels qui faisaient l'interprétation simultanée.

**La sénatrice Mégie :** Cela signifie que la question linguistique est une petite partie des plaintes que vous recevez?

**M. Brunet :** Absolument.

**La sénatrice Mégie :** Merci.

**La sénatrice Clement :** Merci d'être ici. Je suis très intéressée par votre travail; c'est remarquable. Vous conservez des données concernant les plaintes que vous recevez; recevez-vous plus de plaintes de gens qui vivent dans l'intersectionnalité, pas seulement sur le plan de la langue, mais aussi sur le plan des populations racisées, par exemple? Remarquez-vous une tendance en ce qui a trait à la vulnérabilité?

**M. Brunet :** Des gens sont abonnés individuellement et des comités viennent de toutes les régions du Québec et de tous les secteurs de la ville de Montréal. Les personnes qui ne peuvent pas s'exprimer en français ni en anglais sont relativement rares — enfin, pour les cas que nous défendons. On le fait aussi à l'Hôpital chinois de Montréal, par exemple, mais je n'ai pas de données précises à vous donner, à part pour vous dire que je participe souvent à des émissions de radio de la communauté haïtienne de Montréal, et ce, avec plaisir.

D'ailleurs, c'est souvent par téléphone que les communications se font pour les plaintes. On a, à la marge, des personnes racisées qui déposent une plainte et qu'on va accompagner dans le système; ces personnes ont généralement besoin de beaucoup plus d'aide, parce qu'on part de loin. Si par malheur on doit faire affaire à un groupe de soignants qui sont racistes ou qui ne veulent pas comprendre que tous les gens ont certains droits, peu importe d'où l'on vient, et surtout quelle que soit notre condition, il faut parfois parler un peu plus fort.

Ce que je dis souvent dans les communications que je dois faire à des gens... En général, les situations se règlent. Rappelons-le; en général, il y a des gens qui œuvrent dans le réseau de la santé et qui veulent aider. Toutefois, comme je l'ai

a hard core. I was once expelled from a care facility because they didn't like us standing up for the sick. We had them on our radar for a very long time.

Usually, though, it goes well. Sometimes it doesn't; once, in Verdun, I had to intervene because we weren't able to offer care to an elderly person and her spouse didn't speak French either. That's when you have to hit harder. Generally, in my communications, if that doesn't work, I say we can take legal, administrative or even media action. Often, the media will change the situation with the establishment concerned. That can happen. For us, it's the result that matters; it's not always done in compliance with the law and the authorities, of course. I'm a lawyer and I push. I remember someone close to former Minister Barrette telling me that they thought I was pushing a bit hard. I replied that when Minister Barrette stopped pushing on his side, we'd stop pushing on ours.

It's a game politicians sometimes play, and one we've learned to play over time.

**Senator Clement:** I understand that your resources are very limited, but the data you're managing through the kind of complaints you're receiving could be relevant, precisely to fuel investments or results we should be aiming for. It would be interesting to know if there's a trend or if there's an increase in complaints from people with more vulnerabilities. That's my point, but I understand that your budgets are limited.

**Mr. Brunet:** Yes, we should be helped by the federal government, but I understand the English-speaking population. In fact, half my family is English-speaking. They're very concerned about Bill 96. I was recently at the Quebec Enterprise Register.

[English]

The woman said to an anglophone, "Sir, we cannot serve you in English anymore. But if you fill out the exclusions, we will have a meeting with you and an officer who is perfectly fluent in English. So please sit down and we'll make the appropriate arrangements."

[Translation]

I found it difficult. It wasn't a care issue, it was a business service issue. The person was explaining how to receive services in English. I found that a bit difficult. I think it had to do with Bill 96, which I didn't look at. The media called me often.

appris dans mon cours de maîtrise en administration, il y a toujours 10 % qui fait partie d'un noyau dur. J'ai déjà été expulsé d'un établissement de soins parce qu'ils n'aimaient pas qu'on défende des malades. On les a eus dans notre radar pendant très longtemps.

Cependant, en général, cela se passe bien. Parfois, non; une fois, à Verdun, j'ai dû intervenir parce qu'on n'était pas capable d'offrir des soins à une personne âgée et que son conjoint ne parlait pas français non plus. Il faut alors frapper plus fort. En général, dans le cadre de mes communications, si cela ne fonctionne pas, je dis qu'on peut prendre des recours judiciaires, administratifs ou même médiatiques. Souvent, les médias vont changer la donne auprès de l'établissement concerné. Cela peut arriver. Pour nous, c'est le résultat qui importe; cela ne se fait pas toujours dans le respect des lois et des autorités, évidemment. Je suis avocat et je pousse. Je me rappelle qu'un proche de l'ancien ministre Barrette m'avait dit qu'on trouvait que je poussais un peu fort. J'avais répondu que lorsque le ministre Barrette arrêterait de pousser de son côté, on allait arrêter de pousser du nôtre.

C'est un jeu auquel jouent parfois les politiciens et auquel nous avons appris à jouer avec le temps.

**La sénatrice Clement :** Je comprends bien que vos ressources sont très limitées, mais les données que vous êtes en train de gérer au moyen du genre de plaintes que vous recevez pourraient être pertinentes, justement pour nourrir des investissements ou des résultats que nous devrions viser. Il serait intéressant de savoir s'il y a une tendance ou s'il y a une augmentation des plaintes de la part de gens qui ont plus de vulnérabilités. Voilà le point que je soulève, mais je comprends bien que vos budgets sont limités.

**M. Brunet :** Oui. Nous devrions être aidés par le gouvernement fédéral, mais je comprends la population anglophone. La moitié de ma famille est anglophone, d'ailleurs. Ils sont très inquiets du projet de loi n° 96. J'étais récemment au Registraire des entreprises.

[Traduction]

La femme dit à un anglophone : « Monsieur, nous ne pouvons plus vous servir en anglais, mais si vous répondez aux critères d'exclusion, nous organiserons une réunion où vous pourrez rencontrer un agent qui parle parfaitement l'anglais. Veuillez donc vous asseoir et nous prendrons les dispositions nécessaires. »

[Français]

J'ai trouvé cela difficile. Ce n'était pas un problème en matière de soins, mais de services aux entreprises. La personne lui expliquait comment recevoir des services en anglais. J'ai trouvé cela un peu difficile. Je crois que c'est dans le cadre du



[English]

They said, “Paul, you have to intervene.” I said, “Whoa, whoa, whoa. Give me a case where a patient is not receiving adequate health care. We’ll fight for him. But I’m not an advocate for language rights; I’m sorry.”

[Translation]

**Senator Clement:** I have a quick follow-up question. You said you fight for everyone. Have you had any complaints related to other languages, Indigenous languages, for example?

**Mr. Brunet:** Yes, but not to the extent of what happened in Joliette, for example. As one of our members pointed out, we should have more people. We’re missing people. If you know people on the North Shore... In Gaspésie, we have some. In the Outaouais, we need representatives. We don’t want to be just a Montreal organization. We have representatives in Saguenay and Gaspésie, but we’re lacking representatives. If these people, by chance, were also representatives of First Nations communities or English-speaking people...

We have English-speaking members on our board. They’re the ones who make sure that all our activities are simultaneously translated into English. That’s what makes our organization so rich.

**The Chair:** I’d like to learn more. You mentioned peripheral care and translation services. When I hear you, it’s as if there are issues, and at the same time, you often say that you end up finding a way to deliver the services.

In the context of our study, I’d like you to tell us more about the issue of accommodation. The question is: how can the federal government, through its health and bilateral agreements, do more to encourage the provinces to deliver peripheral services?

You mentioned health care infrastructure. Obviously, this is an issue for all health services, but are there any specific infrastructure issues for Quebec’s English-speaking community?

I’d like to hear a little more about this to get a clear idea of what you mean by the word “accommodations.” What does it include? What do you mean by “peripheral care?” That would help us better understand how the federal government could intervene.

projet de loi n° 96, que je n’ai pas regardé. Souvent, les médias m’ont appelé.

[Traduction]

Ils m’ont dit : « Paul, il faut que tu intervienes. » J’ai répondu : « Holà, un instant! Soumettez-moi un cas où un patient ne reçoit pas de soins de santé adéquats et nous nous battons pour lui, mais sachez que je ne suis pas un défenseur des droits linguistiques. Désolé. »

[Français]

**La sénatrice Clement :** J’ai une petite question de suivi. Vous avez dit que vous vous battiez pour tout le monde. Est-ce que vous avez eu des plaintes liées à d’autres langues, les langues autochtones, par exemple?

**M. Brunet :** Oui, mais pas à la hauteur de tout ce qui s’est passé à Joliette, par exemple. Comme l’a signalé une de nos membres, on devrait avoir plus de personnes. Il nous manque des gens. Si jamais vous connaissez des gens sur la Côte-Nord... En Gaspésie, nous en avons. En Outaouais, nous aurions besoin de représentants. Nous ne voulons pas être seulement un organisme de Montréal. Nous avons des représentants au Saguenay et en Gaspésie, mais il nous manque des représentants. Si ces gens, par chance, étaient aussi des représentants de communautés des Premières Nations ou des anglophones...

Nous avons des membres anglophones au sein de notre conseil. Ce sont eux qui s’assurent que toutes nos activités sont traduites simultanément en anglais. C’est ce qui fait la richesse de notre organisation.

**Le président :** J’aimerais en apprendre davantage. Vous avez parlé des soins de périphérie et des services de traduction. Quand je vous entends, c’est comme s’il y avait des enjeux et en même temps, vous dites souvent que vous finissez par trouver une manière de livrer les services.

Dans le contexte de notre étude, j’aimerais que vous nous parliez davantage de la question des accommodements. La réflexion est la suivante : comment le gouvernement fédéral, par ses ententes en santé et ses ententes bilatérales, peut-il davantage encourager les provinces à livrer les services périphériques?

Vous avez parlé de l’infrastructure dans le domaine des soins de santé. Évidemment, c’est un enjeu pour l’ensemble des services de santé, mais y a-t-il des enjeux spécifiques liés à l’infrastructure pour la communauté anglophone du Québec?

J’aimerais vous entendre un peu plus là-dessus pour avoir une idée claire de ce que vous entendez par le mot « accommodements ». Qu’est-ce que cela comprend? Qu’est-ce que vous entendez par « soins de périphérie »? Cela nous aiderait à mieux comprendre comment le gouvernement fédéral pourrait intervenir.

**Mr. Brunet:** Section 92(7) of the Constitution Act states that health care is exclusively a provincial jurisdiction. I don't think it's exclusive. There's something else in there. The whole area of basic care, hygiene care... Washing someone is not health care, do you understand? Washing people's clothes, cleaning their rooms, having a decent meal, that's not health care under section 92(7).

I think the government certainly has some leeway here. I don't want to be argumentative — that's not the point — but I think the federal government has some leeway to act on these issues. We can certainly help them. I'd like to see the federal government, as one witness said earlier, be accountable. If Mr. Legault or other members of the Quebec government say they're doing a good job and really delivering... I'm sorry, that's not quite true.

**The Chair:** In your opinion, for the type of care you just described — which is not health care — are there more or less issues in Quebec's English-speaking minority communities? Are there particular issues in this community in the areas of peripheral care, accommodation and infrastructure? Are there any particular problems? That's the community we're interested in here. Can you identify any particular issues?

**Mr. Brunet:** Apart from the right to be understood by the care professional and to understand him or her, all peripheral care, as I call it, is neglected everywhere. I want to make it clear that this is not just because of the CAQ. For several years now, we've been calling for people to be entitled to proper meals.

It's a complaint made by both anglophones and francophones. There was a witness earlier who said that there are problems in the provision of care and services, for both anglophones and francophones. In terms of care, yes, there are some problems, and some of the complaints have to do with people not being understood or not understanding the professionals who care for them. That's a big barrier that can be very dangerous.

**The Chair:** Let's talk about culturally appropriate service delivery. Quebec's English-speaking community is diverse. It comes from different countries. It has cultural baggage. Are there any concerns about how to deliver services? I'm still talking about Quebec's English-speaking community, which is very diverse. Are there any issues around the cultural dimensions of service delivery, cultural sensitivity, for example?

**M. Brunet :** Le paragraphe 92(7) de la Loi constitutionnelle prévoit que les soins de santé sont exclusivement de compétence provinciale. Je ne pense pas que ce soit exclusif. Il y a autre chose là-dedans. Tout le domaine de l'hôtellerie, des soins d'hygiène... Laver quelqu'un, ce n'est pas un soin de santé, vous comprenez? Laver le linge des gens, faire le ménage des chambres, avoir un repas digne de ce nom, ce ne sont pas des soins prévus au paragraphe 92(7).

Je crois que le gouvernement a certainement une marge de manœuvre là-dedans. Je ne veux pas faire de chicane — ce n'est pas le but —, mais je crois que le gouvernement fédéral a une marge de manœuvre pour agir sur ces questions. Nous pouvons certainement l'aider. J'aimerais que le gouvernement fédéral, comme l'a dit plus tôt un témoin, fasse une reddition de comptes. Si M. Legault ou d'autres membres du gouvernement du Québec disent qu'ils font bien le travail et qu'ils livrent vraiment les choses... Je suis désolé, ce n'est pas tout à fait vrai.

**Le président :** Est-ce que, à votre avis, pour le type de soins que vous venez de décrire — qui ne sont pas des soins de santé —, il y a plus ou moins d'enjeux dans les communautés anglophones en situation minoritaire au Québec? Y a-t-il des enjeux particuliers dans cette communauté dans les domaines des soins périphériques, des accommodements et de l'infrastructure? Est-ce qu'il y a des particularités? C'est la communauté qui nous intéresse dans ce cas-ci. Pouvez-vous identifier des enjeux particuliers?

**M. Brunet :** À part le droit d'être compris par le professionnel en soins et de le comprendre, tous les soins périphériques, comme je les appelle, sont négligés partout. Je veux préciser que ce n'est pas seulement à cause de la CAQ. Cela fait plusieurs années qu'on réclame que les gens aient droit à des repas dignes de ce nom.

C'est une plainte formulée autant par les anglophones que les francophones. Il y a un témoin qui a dit plus tôt qu'il y a des problèmes dans la prestation de soins et de services, tant pour les anglophones que pour les francophones. En matière de soins, oui, il y a certains problèmes, et certaines plaintes ont trait au fait que des gens ne sont pas compris ou ne comprennent pas les professionnels qui les soignent. C'est une grande barrière qui peut être très dangereuse.

**Le président :** Parlons de la livraison de services culturellement appropriés. La communauté anglophone du Québec est diverse. Elle vient de différents pays. Elle a un bagage culturel. Est-ce qu'il y a des préoccupations sur la manière de livrer les services? Je parle toujours de la communauté anglophone du Québec, qui est très diversifiée. Est-ce qu'il y a des enjeux par rapport aux dimensions culturelles de la livraison des services, la prise en compte des cultures, par exemple?

**Mr. Brunet:** What I've been confronted with in this regard are people arriving in Quebec from Toronto and Vancouver — often people of Indian origin — who don't know that French is spoken in Quebec. They speak a little English, probably mostly Hindi, but there's a problem with service delivery, because there are English speakers who don't understand Hindi. This can cause some problems in the delivery of care.

There are also people from Eastern Europe who don't know that they have to speak French or a little English. They'll sometimes get by a little in English, but there's often a lack of knowledge of official languages among these people. This creates challenges or limitations in the care to be provided where the patient needs to be understood and needs to understand the medical staff. We often have to intervene in such cases.

**The Chair:** I don't want to put words in your mouth, but do I interpret your comment — I'm talking about immigrants, people who come from elsewhere — to mean that there's a lack of promotion of the linguistic realities of the communities where they're going to settle? That's more the responsibility of Immigration, Refugees and Citizenship Canada. Is this one of the possible factors? I don't want to put words in your mouth.

**Mr. Brunet:** Yes, people should have a better understanding of what the official languages are in Canada.

They should also know what they should have access to in order for better care to be provided to English-speaking and French-speaking patients in Quebec. People need to have at least a minimum knowledge of these languages; I think that would be appreciated. This would reduce the risks faced by English-speaking patients, whom we often have to help.

**The Chair:** I see no further questions from my colleagues. Mr. Brunet, thank you for appearing before our committee. May I say that you are a credit to your brother by working in the way you do to continue his work. I thank you most sincerely. We will take your comments into account in drafting our report.

Honourable Senators, we will suspend the meeting temporarily and go in camera for a short period. Have a pleasant evening.

(The committee adjourned.)

**M. Brunet :** Ce à quoi j'ai été confronté là-dessus, ce sont des gens qui arrivent au Québec de Toronto et de Vancouver — qui sont souvent des gens d'origine indienne — et qui ne savent pas qu'au Québec, on parle français. Ils parlent un peu anglais, probablement surtout le hindi, mais là, il y a un problème avec la livraison des services, parce qu'il y a des anglophones qui ne comprennent pas le hindi non plus. Cela peut causer certains problèmes dans la prestation de soins.

Il y a aussi des gens qui viennent d'Europe de l'Est et qui ne savent pas qu'ils doivent parler français ou un peu l'anglais. Ils vont parfois se débrouiller un peu en anglais, mais il y a souvent un manque de connaissance des langues officielles chez ces gens. Cela crée des défis ou des limitations dans les soins à prodiguer pour lesquels le patient doit être compris et doit comprendre le personnel médical. C'est une chose pour laquelle nous devons souvent intervenir.

**Le président :** Je ne veux pas vous mettre de paroles dans la bouche, mais est-ce que j'interprète votre commentaire — je parle des immigrants, des gens qui viennent d'ailleurs — selon lequel il y a un manque de promotion des réalités linguistiques des communautés où ils vont s'installer? Cela relève davantage d'Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada. Est-ce un des facteurs possibles? Je ne veux pas vous mettre de mots dans la bouche.

**M. Brunet :** Oui, les gens devraient mieux savoir quelles sont les langues officielles au Canada.

Ils devraient aussi savoir à quoi ils devraient avoir accès pour mieux soigner les patients francophones et anglophones du Québec. Il faut qu'on ait au moins un minimum de connaissance de ces langues; je crois que cela serait apprécié. Cela diminuerait les risques auxquels les patients anglophones sont confrontés et qu'on doit souvent aider.

**Le président :** Je ne vois pas d'autres questions de mes collègues. Monsieur Brunet, je vous remercie de votre comparution à notre comité. Je me permets de vous dire que vous faites honneur à votre frère en œuvrant de la manière dont vous le faites pour poursuivre son œuvre. Je vous remercie très sincèrement. Nous allons prendre en compte vos commentaires dans la rédaction de notre rapport.

Honorables sénatrices et sénateurs, nous allons suspendre momentanément la séance et nous allons passer à huis clos pour une courte période. Bonne fin de soirée.

(La séance est levée.)