

EVIDENCE

OTTAWA, Monday, September 23, 2024

The Standing Senate Committee on Official Languages met with videoconference this day at 4:59 p.m. [ET] to study matters relating to minority-language health services.

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

[*English*]

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

Before we begin, I would like to ask all senators and other in-person participants to consult the cards on the table for guidelines to prevent audio feedback incidents.

Please make sure to keep your earpiece away from all microphones at all times.

When you are not using your earpiece, place it face down, on the sticker placed on the table for this purpose.

Thank you for your cooperation.

[*Translation*]

I now invite committee members participating in today's meeting to introduce themselves, starting on my left.

Senator Moncion: Lucie Moncion from Ontario.

Senator Clement: Bernadette Clement from Ontario.

Senator Audette: Michèle Audette from Quebec.

Senator Aucoin: Réjean Aucoin from Nova Scotia.

Senator Mégie: Marie-Françoise Mégie from Quebec.

The Chair: Thank you and welcome, respected colleagues.

[*English*]

I would like to say welcome to viewers across the country who may be watching. I would like to point out that I am taking part in this meeting from within the unceded traditional territory of the Algonquin Anishinaabe Nation.

Tonight, we continue our study on minority-language health services by welcoming organizations able to address the themes of health care professionals and telemedicine and the use of new technologies, two of the seven themes of our study.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le lundi 23 septembre 2024

Le Comité sénatorial permanent des langues officielles se réunit aujourd'hui, à 16 h 59 (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 : Chers collègues, je m'appelle René Cormier, et je suis sénateur du Nouveau-Brunswick et président du Comité sénatorial des langues officielles.

Avant de commencer, j'aimerais demander à tous les sénateurs et aux autres participants dans la salle de consulter les cartons sur la table pour connaître les lignes directrices visant à prévenir les effets Larsen.

Veuillez tenir votre oreillette éloignée de tous les microphones en tout temps.

Lorsque vous n'utilisez pas votre oreillette, placez-la face vers le bas sur l'autocollant placé sur la table à cet effet.

Merci de votre coopération.

[*Français*]

J'aimerais maintenant inviter les membres du comité présents aujourd'hui à se présenter, en commençant par ma gauche.

La sénatrice Moncion : Lucie Moncion, de l'Ontario

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

La sénatrice Audette : Michèle Audette, du Québec.

Le sénateur Aucoin : Réjean Aucoin, de la Nouvelle-Écosse.

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

Le président : Merci et bienvenue, chers collègues.

[*Traduction*]

Je voudrais souhaiter la bienvenue aux personnes qui nous regardent à travers le pays. Je tiens à souligner que je participe à cette réunion depuis le territoire traditionnel non cédé de la nation algonquaine anishinabe.

Ce soir, nous poursuivons notre étude sur les services de santé dans la langue de la minorité en accueillant des organismes en mesure d'aborder les thèmes des professionnels de la santé et de la télémédecine et de l'utilisation des nouvelles technologies — deux des sept thèmes de notre étude.

For our first panel, we welcome in person, Dr. Stewart Madon, Director, Professional Affairs, Canadian Psychological Association; and by video conference, Dr. Anita Gupta, President of the Canadian Psychological Association; and from the Canadian Physiotherapy Association, we welcome in person, Ms. Krissy Bell, Chief Executive Officer; and Dr. Jennifer O'Neil, Physiotherapist and Assistant Professor at the School of Rehabilitation Sciences at the University of Ottawa.

Welcome to all of you. Thank you for accepting the committee's invitation. We will now hear each of your opening remarks. They will be followed by questions from the senators.

Dr. Gupta — I hope I pronounced your name well — the floor is yours.

Anita Gupta, President, Canadian Psychological Association: Thank you for inviting the Canadian Psychological Association, of which I am President, to contribute to this important topic. I am a clinical, health and rehabilitation psychologist, and work in a hospital in Nova Scotia seeing patients with cancer, and I also have a virtual private practice seeing patients who live in Ontario, many of whom are physicians and other health care professionals.

Any one of us, at any moment, could become a patient. Some of us may have received health care in a language other than our own. All of us can try to imagine ourselves in a situation in which we are unwell, injured or vulnerable, without anyone around us who can speak to us or understand us in the language in which we can best communicate. Language, as well as ethnicity, sexual orientation, race, gender, education, age, Indigeneity, trauma and medical history and much more informs how we seek and experience health care.

An estimated 60% of adults in Canada are unable to obtain, understand or appropriately act upon health information — a concept known as health literacy. Language barriers can complicate things even further. Globally, ethno-linguistic minorities living in their home countries often report higher rates of disease, disability and death and lower rates of health care utilization.

In Canada, speakers of minority official languages — French and English — First Nations and Inuit communities, newcomers to Canada — immigrants and refugees — and deaf persons may face barriers in health care due to first language.

Dans notre premier groupe de témoins, nous accueillons les représentants de la Société canadienne de psychologie : le directeur des affaires professionnelles, M. Stewart Madon, est dans la salle; et Mme Anita Gupta, la présidente, se joint à nous par vidéoconférence. Nous recevons aussi, en personne, les représentantes de l'Association canadienne de physiothérapie : Mme Krissy Bell, la directrice générale; et Mme Jennifer O'Neil, physiothérapeute et professeure adjointe à l'École des sciences de la réadaptation de l'Université d'Ottawa.

Bienvenue à vous tous. Merci d'avoir accepté l'invitation de notre comité. Nous allons maintenant entendre vos déclarations liminaires. Elles seront suivies de questions de la part des sénateurs.

Madame Gupta — j'espère avoir bien prononcé votre nom —, vous avez la parole.

Anita Gupta, présidente, Société canadienne de psychologie : Je vous remercie d'avoir invité la Société canadienne de psychologie, dont je suis la présidente, à s'exprimer sur ce sujet important. Je suis psychologue clinicienne en santé et réadaptation, et je travaille dans un hôpital en Nouvelle-Écosse où je reçois des patients atteints de cancer. J'ai également un cabinet privé virtuel où des patients vivant en Ontario, dont beaucoup sont des médecins et d'autres professionnels de la santé, me consultent.

Chacun d'entre nous, à tout moment, peut devenir un patient. Certains d'entre nous ont peut-être reçu des soins de santé dans une autre langue que la leur. Nous pouvons tous nous imaginer dans une situation où nous serions malades, blessés ou vulnérables, sans personne qui puisse nous parler ou nous comprendre dans la langue dans laquelle nous communiquons le mieux. La langue, ainsi que l'origine ethnique, l'orientation sexuelle, la race, le sexe, le niveau de scolarité, l'âge, l'autochtonité, les traumatismes et les antécédents médicaux, et bien d'autres facteurs encore, influencent la manière dont nous sollicitons les soins de santé et dont nous en faisons l'expérience.

On estime que 60 % des adultes au Canada sont incapables d'obtenir, de comprendre ou d'utiliser correctement les informations sur la santé — un concept connu sous le nom de « culture de la santé ». Les barrières linguistiques peuvent encore plus compliquer les choses. À l'échelle mondiale, les minorités ethnolinguistiques vivant dans leur pays d'origine font souvent état de taux plus élevés de maladies, de handicaps et de décès et de taux plus faibles d'utilisation des soins de santé.

Au Canada, les locuteurs des langues officielles minoritaires — le français et l'anglais —, les communautés des Premières Nations et des Inuits, les nouveaux arrivants au Canada — les immigrants et les réfugiés — et les personnes sourdes peuvent être confrontés à des obstacles en matière de soins de santé en raison de leur langue maternelle.

Language-concordant care is typically defined as the provision of health care in a shared non-dominant, minority language. Language-concordant health care can have positive impacts on access to health information and care, trust between patients and health care professionals and improved health outcomes.

Misunderstandings due to language may lead to misdiagnosis, empathic failures and poor therapeutic relationships with poorer treatment outcomes.

Research continues to clarify how language impacts health care, such as individual differences in anxiety about communicating about one's health in a second language and how that can impact willingness to seek care, or how needs for interpretation versus seeing language-concordant health care professionals may differ between those with no versus some ability in the care language.

We know that how we remember and describe our emotional experiences can differ when we speak in our first or second language. We are also learning about the potential benefits and cautions about when and how to use or not use AI, or artificial intelligence, in addressing language barriers.

Clearly, training, recruiting and retaining health care professionals who can communicate in the same languages as their patients is vital. This is gold standard. In some cases, we can connect patients with language-concordant health care options despite geographical barriers.

Language-concordant care is the gold standard, but we must also consider how all health care professionals, and those in training, can be better equipped in situations in which they do not share the same languages as their patients.

We must commit to using best practices even when alternatives may seem more convenient. For example, I think we can all appreciate the potential harm that could come from a teenager being asked to communicate a cancer diagnosis or ask very personal health- or trauma-related questions of their mother who may be deaf or speaks another minority language. Harms could include not only potentially inaccurate information but also psychological and emotional impact.

Psychologists rely heavily on communication — verbal and non-verbal — consider issues of cultural sensitivity and validity when choosing assessment measures, even when there is a

La concordance linguistique patient-professionnel de la santé se définit généralement comme la prestation de soins de santé dans une langue minoritaire non dominante commune. La concordance linguistique dans les soins de santé peut avoir un impact positif sur l'accès à l'information sur la santé et aux soins, sur la confiance entre les patients et les professionnels de la santé et sur l'amélioration des résultats cliniques.

Les malentendus dus à la langue peuvent conduire à des diagnostics erronés, à des échecs empathiques et à des relations thérapeutiques insuffisantes, entraînant de moins bons résultats thérapeutiques.

La recherche continue de préciser l'impact de la langue sur les soins de santé, comme les différences individuelles sur le plan de l'anxiété liée à la communication d'informations sur la santé dans la langue seconde et les conséquences que cela peut avoir sur la volonté de se faire soigner, ou la manière dont les besoins d'interprétation ou de professionnels de la santé maîtrisant la langue du patient peuvent différer entre les personnes qui ne maîtrisent pas la langue dans laquelle sont prodigués les soins et celles qui la maîtrisent plus ou moins.

Nous savons que la manière dont nous nous souvenons et décrivons nos expériences émotionnelles peut différer selon que nous parlons dans notre langue maternelle ou dans notre langue seconde. Nous découvrons également les avantages potentiels de l'IA et les précautions à prendre pour déterminer quand et comment utiliser ou non l'intelligence artificielle, l'IA, pour surmonter les barrières linguistiques.

De toute évidence, il est essentiel de former, de recruter et de fidéliser des professionnels de la santé capables de communiquer dans les mêmes langues que leurs patients. Dans certains cas, nous pouvons mettre les patients en contact avec des soins de santé adaptés à leur langue malgré les barrières géographiques.

La concordance linguistique dans les soins constitue le modèle d'excellence, mais nous devons également réfléchir à la manière dont nous pourrions mieux équiper tous les professionnels de la santé, ainsi que ceux qui sont en formation, pour faire face à des situations où ils ne parlent pas la même langue que leurs patients.

Nous devons nous engager à utiliser les meilleures pratiques, même si d'autres solutions peuvent sembler plus pratiques. Par exemple, nous pouvons tous comprendre le préjudice potentiel que pourrait causer le fait de demander à un adolescent de communiquer un diagnostic de cancer ou de poser des questions très personnelles liées à la santé ou à un traumatisme à sa mère, qui est sourde ou qui parle une autre langue minoritaire. Parmi les préjugés, on peut citer non seulement la possibilité que les informations communiquées soient inexactes, mais aussi l'impact psychologique et émotionnel d'une telle situation.

Les psychologues misent beaucoup sur la communication verbale et non verbale, tiennent compte de la réalité culturelle et de la validité lorsqu'ils choisissent des mesures d'évaluation,

language concordance, and work to build strong therapeutic relationships with patients. Learning how to do this well in partnership with professional cultural-linguistic interpreters benefit from specific training and organizational supports and resources.

Effective interpretation and language-concordant care require understanding of cultural expressions, cultural views about mental health, meaning of body language and other non-verbal communication.

In closing, we know that evidence-based, effective health care is not one-size-fits-all, and this applies to health care in the context of minority language needs. We must engage in and evaluate practical and effective ways to set patients and health care providers up for success, rather than leave them to figure things out on their own when language barriers arise.

We must also think beyond binary solutions; that is to say, what can we do to improve care for patients when 100% language concordance is not possible? In doing so, we can ensure that everyone in Canada can always access, navigate and benefit from health services and health information, taking into account the language that is most comfortable for them.

Thank you, again, for the opportunity to speak.

The Chair: Thank you so much, Dr. Gupta.

Ms. Bell, you have five minutes for your opening remarks. The floor is yours.

Krissy Bell, Chief Executive Officer, Canadian Physiotherapy Association: Thank you, chair, and members, for having me here today. The Canadian Physiotherapy Association, or CPA, proudly represents over 16,000 physiotherapy professionals and students across Canada. Our members embody our mission to enhance health, mobility, rehabilitative care and treatment, enabling Canadians to live well in their communities.

I am joined by Dr. Jennifer O'Neil, one of Canada's pre-eminent physiotherapists and researchers, and a professor at the University of Ottawa and the Bruyère Research Institute.

même lorsqu'ils parlent la langue de leur patient, et s'efforcent d'établir des relations thérapeutiques solides avec leurs patients. Apprendre à bien le faire en partenariat avec des interprètes culturels et linguistiques professionnels nécessite une formation particulière ainsi que des ressources et du soutien organisationnels.

Pour assurer une interprétation efficace et des soins concordants sur le plan linguistique de bonne qualité, il faut comprendre les expressions culturelles, les points de vue culturels sur la santé mentale, la signification du langage corporel et d'autres formes de communication non verbale.

En conclusion, nous savons que les soins de santé efficaces et fondés sur des données probantes ne sont pas uniformes, et cela s'applique aux soins de santé dans le contexte des besoins des locuteurs d'une langue minoritaire. Nous devons mettre en place et évaluer des moyens pratiques et efficaces pour que les patients et les prestataires de soins de santé puissent recevoir et prodiguer de bons soins, plutôt que de les laisser se débrouiller seuls lorsque des barrières linguistiques se dressent.

Nous devons également réfléchir au-delà des solutions binaires, et nous demander ce que nous pouvons faire pour améliorer les soins aux patients lorsqu'une concordance linguistique parfaite n'est pas possible. Ce faisant, nous garantissons que chaque personne au Canada puisse toujours avoir accès aux services de santé et aux informations sur la santé, s'y retrouver et en bénéficier, en tenant compte de la langue dans laquelle elle se sent le plus à l'aise.

Je vous remercie encore de nous avoir donné l'occasion de nous exprimer.

Le président : Merci beaucoup, madame Gupta.

Madame Bell, vous avez cinq minutes pour votre déclaration liminaire. La parole est à vous.

Krissy Bell, directrice générale, Association canadienne de physiothérapie : Merci, monsieur le président, et merci aux membres de m'avoir invitée ici aujourd'hui. L'Association canadienne de physiothérapie, ou ACP, est fière de représenter plus de 16 000 physiothérapeutes professionnels et étudiants au Canada. Nos membres réalisent notre mission, qui consiste à améliorer la santé et la mobilité des Canadiens et à leur dispenser les soins de réadaptation et de traitement pour améliorer leur qualité de vie et leur permettre de participer activement aux activités de leur collectivité.

Je suis accompagnée de Mme Jennifer O'Neil, l'une des physiothérapeutes et chercheuses prééminentes du Canada et professeure à l'Université d'Ottawa et à l'Institut de recherche Bruyère.

Physiotherapy professionals play a crucial role in our health care system and in expanding access to high-quality care, which includes care in a preferred language. However, Canada is a vast, diverse country, and this means that providing high-quality care to patients nationwide can be challenging.

But there are solutions. For example, in Budget 2024, the government announced the expansion of the Canada Student Financial Assistance Program to include physiotherapists, which will support physiotherapists working in underserved rural and remote communities, including those serving in minority-language communities.

Every day, CPA members are finding innovative new ways to serve patients across Canada in their communities and their preferred language. For instance, physiotherapists in Quebec are delivering care to Cree First Nations and have learned key expressions and terms in Cree to serve Indigenous populations better. Physiotherapy professionals across Canada use AI translators to translate conversations in real time. And many also use Quebec-built AI technology CoeurWay to record, translate and automate note taking during appointments.

One of the biggest opportunities we see in supporting high-quality care across Canada is through hybrid physiotherapy, which combines in-person treatment with telerehabilitation.

During the COVID-19 pandemic, physiotherapy professionals were early and rapid adopters of telerehabilitation technology, which was key to ensuring that patients across Canada continued to receive care during lockdowns and closures. And since the pandemic, Canadian physiotherapists have collaborated globally to develop clinical practice guidelines on telerehabilitation. Telerehabilitation is comparable to in-person care, and ample research shows that it works.

However, there are challenges with the quality of translation in some telerehabilitation platforms, and words are often misunderstood or can be badly translated.

So there is an immediate opportunity for the government to fund digital health infrastructure, like telehealth platforms and live translation tools, to ensure that health care services reach those most in need. Translation services are costly. The larger hospitals can carry these costs but smaller clinics cannot. To support the widespread adoption of translation services, there is an opportunity for the government to offer reimbursement or subsidies for small independent clinics that want to improve their

Les physiothérapeutes professionnels jouent un rôle crucial dans notre système de santé et dans l'élargissement de l'accès à des soins de qualité, notamment dans la langue de son choix. Cependant, le Canada est un pays vaste et diversifié, et il peut donc être difficile de fournir des soins de grande qualité aux patients partout au pays.

Mais il existe des solutions. Par exemple, dans le budget de 2024, le gouvernement a annoncé l'élargissement du Programme canadien d'aide financière aux étudiants afin d'inclure les physiothérapeutes, pour ainsi soutenir les physiothérapeutes qui travaillent dans des collectivités rurales et éloignées mal desservies, y compris ceux qui offrent des services dans des communautés linguistiques en situation minoritaire.

Chaque jour, les membres de l'ACP trouvent de nouvelles façons novatrices de servir les patients au Canada, dans leur collectivité et dans la langue de leur choix. Par exemple, les physiothérapeutes du Québec fournissent des soins aux Premières Nations crie et ont appris des expressions et des termes clés en cri pour mieux servir les populations autochtones. Les physiothérapeutes professionnels de tout le Canada utilisent des outils de traduction de l'intelligence artificielle, ou IA, pour traduire les conversations en temps réel. Et plusieurs utilisent également la technologie d'IA québécoise CoeurWay pour enregistrer, traduire et automatiser la prise de notes lors des rendez-vous.

Selon nous, l'une des plus grandes possibilités pour soutenir des soins de grande qualité au Canada est la physiothérapie hybride, qui combine le traitement en personne et la téléadaptation.

Pendant la pandémie de COVID-19, les physiothérapeutes professionnels ont été parmi les premiers à adopter la technologie de téléadaptation, ce qui s'est révélé essentiel pour garantir que les patients d'un bout à l'autre du Canada continuaient de recevoir des soins pendant les confinements et les fermetures. Et depuis la pandémie, les physiothérapeutes canadiens ont collaboré à l'échelle mondiale pour élaborer des lignes directrices de pratique clinique sur la téléadaptation. La téléadaptation est comparable aux soins en personne, et de nombreuses recherches montrent que cette approche fonctionne.

Cependant, la qualité de la traduction sur certaines plateformes de téléadaptation pose problème, et les mots sont souvent mal compris ou peuvent être mal traduits.

Le gouvernement a donc l'occasion de financer immédiatement l'infrastructure de santé numérique, comme les plateformes de télésanté et les outils de traduction en direct, pour garantir que des services de santé sont offerts à ceux qui en ont le plus besoin. Les services de traduction sont coûteux. Les grands hôpitaux peuvent assumer ces coûts, mais pas les petites cliniques. Pour favoriser l'adoption généralisée des services de traduction, le gouvernement a la possibilité d'offrir un

ability to deliver telerehabilitation or care in a preferred language using translation services.

This would improve care and health outcomes for patients in rural, remote, urban and minority-language settings. It would also allow providers with the necessary resources to scale physiotherapy services in their community.

Investing in accessible, reliable and affordable digital broadband infrastructure is also critical as it enables equitable access to physiotherapy care in rural and remote areas or those in marginalized situations. Also critical is an improved federal health human resource strategy that extends to all providers, including physiotherapy.

Currently, there is a nationwide physiotherapy shortage. There are job vacancies across the country, and the problem is expected to grow. This presents an opportunity for licensure mobility and innovative planning to fill job vacancies, including by expanding telerehabilitation services to address regional shortages. It is also an opportunity to support a standardized and enhanced scope of physiotherapy practice across Canada.

As a final takeaway, I will leave you with six core principles that are critical to ensuring that all Canadians get the care they deserve.

One, every Canadian, irrespective of their location, language or circumstance, deserves access to high-quality health care.

Two, it is important that we do not create a digital divide to physiotherapy care in Canada and instead build an approach that includes a hybrid of in-person care and telerehabilitation.

Three, high-quality translation of a wide array of languages is necessary in virtual and telehealth care.

Four, optimized physiotherapy should be a fundamental part of our remote and in-person health care services.

Five, we need innovative, forward-thinking solutions to support physiotherapy professionals in embracing new technology.

Six, we need to continue to explore how telerehabilitation can support marginalized and underserved communities.

remboursement ou des subventions aux petites cliniques indépendantes qui souhaitent améliorer leur capacité d'offrir des services de téléadaptation ou de soins dans la langue de son choix en utilisant des services de traduction.

Cela permettrait d'améliorer les soins et les résultats de santé pour les patients des milieux ruraux, éloignés, urbains et linguistiques minoritaires. De même, les fournisseurs de soins pourraient disposer des ressources nécessaires pour élargir les services de physiothérapie dans leur collectivité.

Il est également essentiel d'investir dans une infrastructure numérique à large bande accessible, fiable et abordable, car elle permet un accès équitable aux soins de physiothérapie dans les zones rurales et éloignées ou aux personnes qui se trouvent dans des situations marginalisées. Il est aussi crucial de prévoir une meilleure stratégie fédérale en matière de ressources humaines en santé qui s'étend à tous les fournisseurs de soins de santé, y compris la physiothérapie.

Il existe actuellement une pénurie de physiothérapeutes à l'échelle nationale. Il y a des postes vacants partout au pays, et le problème devrait s'aggraver. Cela représente un débouché pour la mobilité professionnelle associée au permis d'exercice et une planification novatrice en vue de pourvoir les postes vacants, notamment par l'élargissement des services de téléadaptation pour remédier aux pénuries régionales. C'est également l'occasion de soutenir un champ de pratique normalisé et élargi de la physiothérapie dans tout le Canada.

Enfin, je conclus avec six principes fondamentaux et essentiels pour garantir que tous les Canadiens reçoivent les soins qu'ils méritent.

Premièrement, chaque Canadien, peu importe son lieu de résidence, sa langue ou sa situation, mérite d'avoir accès à des soins de santé de grande qualité.

Deuxièmement, il est important de ne pas créer de fracture numérique dans les soins de physiothérapie au Canada et de plutôt élaborer une approche qui comprend un modèle hybride de soins en personne et de téléadaptation.

Troisièmement, une traduction de grande qualité dans un large éventail de langues est nécessaire dans les soins virtuels et de télésanté.

Quatrièmement, la physiothérapie optimisée devrait être un élément fondamental de nos services de soins de santé à distance et en personne.

Cinquièmement, nous avons besoin de solutions novatrices et avant-gardistes pour aider les physiothérapeutes professionnels à adopter les nouvelles technologies.

Sixièmement, nous devons continuer d'explorer comment la téléadaptation peut soutenir les collectivités marginalisées et mal desservies.

Thank you for your time, and I look forward to the discussion.

The Chair: Thank you very much for these opening remarks, Ms. Bell.

[*Translation*]

Colleagues, being aware of the time available to us, I suggest that, as usual, each senator be allowed five minutes for the first round. If time permits, we will have a second round.

Senator Mégie: In your opening remarks, you talked about the resources that could be provided by giving grants to small areas, small clinics, to enable them to provide care. Did I understand correctly that you were talking about physiotherapy? Has this ever been tried? How successful has it been for people in minority language communities?

Jennifer O’Neil, Physiotherapist and Assistant Professor, University of Ottawa, Canadian Physiotherapy Association: Thank you very much for your question.

It raised two points. The first concerned financial support for small clinics, as we know that large organizations like hospitals have a different reality from that of small clinics when it comes to translation services. I think it was more of a request, if you will.

Your other point concerned access to physiotherapy services. Technological attempts have been made in the field of rehabilitation in different environments — hospitals, private clinics and community organizations. It’s been tested, it’s feasible and it’s comparable to in-person services.

On the other hand, I don’t think we should forget one important thing: Service delivery options are always the individual’s choice and depend on what they want in terms of service. These are types of service delivery that have been tested, yes.

Senator Mégie: That’s a good initiative.

My question is for you, Ms. Gupta. What is the process in the support programs to help foreign-trained psychologists adapt to Canadian requirements? What processes have been put in place? Are there any specific measures to help them? In terms of mental health, it’s clear that communication between the patient and the health professional is crucial. You can express how you feel about physical pain, but soul pain is more difficult to convey. Is there a process already in place to help them?

Je vous remercie du temps que vous m’avez accordé et je suis impatiente de participer à la discussion.

Le président : Merci beaucoup de cette déclaration liminaire, madame Bell.

[*Français*]

Chers collègues, conscient du temps qui est à notre disposition, je propose que, comme d’habitude, cinq minutes soient accordées à chacun d’entre vous pour un premier tour de table; nous ferons ensuite un deuxième tour de table si le temps nous le permet.

La sénatrice Mégie : Dans votre discours préliminaire, vous avez parlé des ressources qu’on pourrait offrir en donnant des subventions à de petites zones, de petites cliniques, pour leur permettre de donner des soins. Est-ce que j’ai bien compris que vous parliez de physiothérapie? Est-ce que cela a déjà été tenté? Quel est le succès qui a été obtenu pour les personnes qui sont en situation de langue minoritaire?

Jennifer O’Neil, physiothérapeute et professeure adjointe, Université d’Ottawa, Association canadienne de physiothérapie : Merci beaucoup pour votre question.

Votre question soulevait deux points. Le premier concernait le soutien financier des petites cliniques, car on sait que les grandes organisations comme les hôpitaux ont une réalité différente de celle des petites cliniques pour les services de traduction. Je crois que c’était plutôt une demande, si l’on veut.

Votre autre point concernait l’accès aux services de physiothérapie. Cela a été tenté technologiquement sur le plan de la réadaptation dans différents environnements, donc à l’hôpital, dans des cliniques privées et dans des milieux communautaires. Cela a été testé, c’est faisable et c’est comparable aux services que l’on obtient en personne.

Par contre, je crois qu’il ne faut pas oublier un élément important : les options de livraison de prestation de service sont toujours au choix de la personne et dépendent de ce qu’elle veut comme service. Ce sont des types de prestation de service qui ont été testés, oui.

La sénatrice Mégie : C’est une bonne initiative.

Ma question s’adresse à vous, madame Gupta : quel est le processus dans les programmes d’accompagnement pour aider les psychologues formés à l’étranger à s’adapter aux exigences canadiennes? Quels sont les processus qui ont été mis en place? Est-ce qu’il y a des mesures particulières pour les aider? Sur le plan de la santé mentale, il est clair que la communication entre le patient et le professionnel de la santé est cruciale. On peut exprimer ce qu’on ressent par rapport à une douleur physique, mais disons que la douleur de l’âme est plus difficile à transmettre. Y a-t-il un processus déjà mis en place pour les aider?

[English]

Ms. Gupta: Before I invite my colleague Dr. Madon to speak about nationally, I want to respond in terms of how important that question is. We have found that when we look at language it does seem to impact mental health care more. One important thing is that language and culture cannot be separated. When we say foreign trained or foreign psychologist, I think it is also really important to think of what country, what culture, what dialect. One of the things we are finding is you can have language-concordant care, but if it is not culturally relevant, regardless of the language, that's still not fitting. I'm going to pass it to Dr. Madon to talk about the national response for foreign-trained psychologists, but I wanted to mention the point that language is not language is not language.

Stewart Madon, Director, Professional Affairs, Canadian Psychological Association: Thank you, Ms. Gupta.

Senator, I would have to get back to you about the process of bringing in foreign-trained mental health workers and foreign-trained psychologists. It actually differs based on the province. I know everyone in this room is well aware that our mental health care, just like our physical health care, is regulated provincially, so the onboarding of new psychologists who are foreign trained, will depend on the province in terms of licensing processes and examinations and those kinds of things. Understandably, most provinces do have requirements in terms of people being able to speak one of the two official languages, and most examinations are done in one of the two official languages, usually in English, but in some cases we will see them in bilingual provinces or French-speaking provinces in French. If you are looking for a pan-Canadian approach to bringing in foreign-trained people, I don't believe there is one but I would have to get back to you.

[Translation]

Senator Mégie: Thank you.

You raised something very interesting that we've also seen in other studies conducted by this committee. Even when professionals are sought to work in francophone communities, the exams they take are in English. We've always thought that was absurd, but that's what's been happening so far. Do you have any other processes that could change this, or is everything the same?

Mr. Madon: Not nationally, I don't think. This is an area of provincial jurisdiction, after all, and all our certification processes are currently provincial.

[Traduction]

Mme Gupta : Avant d'inviter mon collègue, M. Madon, à parler de la situation à l'échelle nationale, je tiens à souligner l'importance de cette question. Nous avons constaté que la langue semble avoir une incidence plus marquée sur les soins de santé mentale. Il est important de souligner qu'on ne peut séparer la langue et la culture. Lorsque nous parlons d'un psychologue formé à l'étranger ou d'un psychologue étranger, je pense qu'il est également très important de penser au pays, à la culture et au dialecte. Nous constatons, entre autres choses, que la concordance linguistique dans les soins dispensés est possible, mais si ces soins ne sont pas adaptés à la culture, quelle que soit la langue, ils ne conviennent toujours pas. Je vais laisser la parole à M. Madon pour qu'il parle de l'initiative nationale concernant les psychologues formés à l'étranger, mais je voulais souligner que la langue n'est pas qu'une façon de parler.

Stewart Madon, directeur, Affaires professionnelles, Société canadienne de psychologie : Merci, madame Gupta.

Sénatrice, je devrai vous revenir sur le processus qui consiste à faire venir des travailleurs en santé mentale et des psychologues formés à l'étranger. En fait, le processus varie selon la province. Je sais que tout le monde dans cette salle sait fort bien que nos soins de santé mentale, tout comme nos soins de santé physique, sont réglementés par les provinces. Par conséquent, l'intégration de nouveaux psychologues formés à l'étranger dépendra de la province en ce qui concerne le processus d'agrément, les examens et ce genre de choses. Naturellement, la plupart des provinces ont des exigences quant à la capacité des personnes à parler l'une des deux langues officielles, et la plupart des examens sont effectués dans l'une des deux langues officielles, généralement en anglais, mais dans certains cas, nous les verrons en français dans les provinces bilingues ou francophones. Si vous cherchez une approche pancanadienne pour faire venir des personnes formées à l'étranger, je ne crois pas qu'il en existe une, mais je devrai vous revenir à ce sujet.

[Français]

La sénatrice Mégie : Merci.

Vous avez soulevé quelque chose de très intéressant qu'on a vu aussi dans d'autres études réalisées par ce comité. Même quand on va chercher des professionnels pour travailler dans les milieux francophones, les examens qu'on leur fait passer sont en anglais. On a toujours trouvé que c'était une absurdité, mais c'est ce qui s'est produit jusqu'ici. Avez-vous d'autres processus qui pourraient changer cela, ou alors tout est pareil?

M. Madon : Pas à l'échelle nationale, je ne crois pas. C'est quand même un domaine provincial, et tous nos processus de certification sont provinciaux actuellement.

[English]

Senator Moncion: My question is for Dr. Gupta. You mentioned something in your opening remarks about you doing online services for doctors and nurses. You were talking about your virtual practice. Could you just talk to us a little more about your virtual practice?

Ms. Gupta: Yes, thank you for the question. I recently moved to Nova Scotia for this job in the hospital. Before I was working in psycho-oncology here, I had a private practice. I lived in Toronto. Just because of the nature of some of my work experiences previously, my patient population is comprised quite largely of physicians, but I see other health care providers as well. Because I increased my private practice in 2021, everything was virtual at that point. In some ways, for health care professionals, the virtual format can work really well. One of the things it does is it allows for flexibility in terms of timing. It doesn't require an extra commute after a long day to go see someone and then back. There is that flexibility, as long as they have a private space, right? We are following all the ethical reasons.

I found that people have been very happy to continue virtual. When I moved, I considered, do I want to keep doing this virtually? When people contact me to see me, I let them know right away I'm only doing virtual. I assess if maybe in-person would be better for them if they have a preference. If so, I find them someone else. I'm mindful of clinically if there are situations where it would make more sense to have someone locally to help with that transfer as well.

One of the things that is really important when we do virtual care across different provinces — I'm licensed in Ontario and Nova Scotia — licensure is one thing, but we need to have local knowledge. If I had not lived in Ontario, I certainly could get a licence in other provinces. I think that's wonderful because it increases access to care, language-wise or otherwise. But I think it behooves us as health care professionals to learn about the communities where we are treating our patients.

I'm so pleased to share the room with our physiotherapy colleagues. As a rehab psychologist, I have worked a lot with physiotherapists. All of the things that Ms. Bell identified, if we can increase virtual access for physiotherapy, we could use the same platforms for psychology. We know that physical health and mental health are so connected. That applies whether your patients are physicians or nurses or anyone else.

[Traduction]

La sénatrice Moncion : Ma question s'adresse à Mme Gupta. Dans votre déclaration liminaire, vous avez mentionné que vous offriez des services en ligne aux médecins et aux infirmières. Vous parliez de votre cabinet privé virtuel. Pourriez-vous nous en dire un peu plus à ce sujet?

Mme Gupta : Oui, merci de la question. J'ai récemment déménagé en Nouvelle-Écosse pour ce travail à l'hôpital. Avant de travailler en psycho-oncologie ici, j'avais un cabinet privé. J'habitais à Toronto. En raison de la nature de certaines de mes expériences professionnelles antérieures, mon groupe de patients est composé en grande partie de médecins, mais je vois également d'autres fournisseurs de soins de santé. Comme j'ai augmenté ma pratique privée en 2021, tout était virtuel à ce moment-là. D'une certaine manière, pour les professionnels de la santé, le format virtuel peut très bien fonctionner. L'un des avantages qu'il offre est qu'il permet une certaine flexibilité sur le plan des horaires. Il n'est pas nécessaire de faire un trajet supplémentaire après une longue journée pour aller voir quelqu'un et revenir. Il y a cette flexibilité, tant qu'ils ont un espace privé, n'est-ce pas? Nous respectons toutes les raisons éthiques.

J'ai constaté que les gens étaient très heureux de continuer en mode virtuel. Lorsque j'ai déménagé, je me suis demandé si je voulais continuer à faire des consultations en mode virtuel. Lorsque les gens communiquent avec moi pour une consultation, je leur fais immédiatement savoir que je ne dispense que des soins virtuels. J'évalue si une consultation en personne leur conviendrait mieux, s'ils ont une préférence. Si c'est le cas, je leur trouve quelqu'un d'autre. Je suis également consciente des situations cliniques dans lesquelles il serait plus judicieux d'avoir quelqu'un sur place pour faciliter ce transfert.

L'une des choses qui sont vraiment importantes lorsque nous offrons des soins virtuels dans différentes provinces — je suis titulaire d'un permis d'exercer en Ontario et en Nouvelle-Écosse — est le permis d'exercice, mais nous devons avoir une connaissance du milieu local. Si je n'avais pas vécu en Ontario, je pourrais certainement obtenir un permis dans d'autres provinces. Je pense que c'est formidable, car cela accroît l'accès aux soins, du point de vue linguistique ou autre. Mais je pense qu'il nous incombe, en tant que professionnels de la santé, d'en apprendre davantage sur les collectivités dans lesquelles nous traitons nos patients.

Je suis très heureuse d'être en présence de nos collègues en physiothérapie. En tant que psychologue en réadaptation, j'ai beaucoup travaillé avec des physiothérapeutes. Tout ce que Mme Bell a mentionné... Si nous pouvons accroître l'accès virtuel à la physiothérapie, nous pourrions utiliser les mêmes plateformes pour la psychologie. Nous savons que la santé physique et la santé mentale sont étroitement liées. Cela

As I was writing my opening remarks for this, I was thinking about my patients and my colleagues too, but the ones who I see are my patients. This adds to the stress that health care providers feel. This adds to the moral distress and tension and how hard their day is, namely having to figure out on their own, how to see patients with different languages when the infrastructure for interpretation and language-concordant is not as strong as it needs to be. Interpretation and translation services are piecemeal across the country. We don't have consistency.

In this city, for example, the IWK in Halifax Children's Hospital has interpretation services in-person or virtual. It is different in the adult hospital. We have a lot to do. It would help my patients who are health care providers as well as the patients they see. Thank you.

Senator Moncion: Thank you. You have given us more insight on how you do your work and it is important because during the pandemic there was a lot of online consultation, and since the pandemic it has been reduced considerably. It is unfortunate that we have now reverted to old ways of doing things that were not working for a lot of Canadians.

I was going to ask how you can be in Nova Scotia and have patients in Ontario, but because you are licensed in both provinces, you are able to provide services to both provinces. That's also important to provide access and to be able to provide services to more Canadians. I guess you are a very good example to follow.

I would like to know how we can help you with getting this across Canada, because from what I understand and for you also in order to be able to provide a service in another province you have to be licensed in that province. I find it a little [Technical difficulties] because it limits the kind of health services that could be provided easily for a lot of people at any time because we are in different time zones. How can we work around a problem like this? Do you have any ideas on what the federal government's role would be in creating a barrier-free country where you are free to operate across the country and help people across this country, in any language?

The Chair: Go ahead, Dr. Gupta.

Ms. Gupta: That's a really wonderful question. I'm very appreciative of the high standards that each of the provinces has in terms of being able to be licensed in each one of them.

s'applique, que vos patients soient des médecins, des infirmières ou toute autre personne.

En rédigeant ma déclaration liminaire, je pensais aussi à mes patients et à mes collègues, mais ceux que je vois sont mes patients. Cela ajoute au stress que ressentent les fournisseurs de soins de santé. Cela ajoute à la détresse morale, à la tension et à la difficulté de leur journée, à savoir qu'ils doivent trouver par eux-mêmes la manière de recevoir des patients parlant différentes langues alors que l'infrastructure d'interprétation et de concordance linguistique n'est pas aussi solide qu'elle devrait l'être. Les services d'interprétation et de traduction sont fragmentaires à l'échelle du pays. Il n'y a pas d'uniformité.

Dans cette ville, par exemple, le Centre de soins de santé IWK, à l'hôpital pour enfants de Halifax, offre des services d'interprétation en personne ou virtuels. C'est différent dans l'hôpital pour adultes. Nous avons beaucoup à faire. Cela aiderait mes patients qui sont des fournisseurs de soins de santé, ainsi que les patients qu'ils voient. Merci.

La sénatrice Moncion : Merci. Vous nous avez permis de mieux comprendre la façon dont vous faites votre travail, et c'est important, car pendant la pandémie, il y avait beaucoup de consultations en ligne, et depuis la pandémie, elles ont été considérablement réduites. Il est malheureux que nous soyons maintenant revenus à d'anciennes façons de faire qui ne fonctionnaient pas pour beaucoup de Canadiens.

J'allais vous demander comment vous pouvez être en Nouvelle-Écosse et avoir des patients en Ontario, mais comme vous êtes agréée dans les deux provinces, vous êtes en mesure de fournir des services dans les deux provinces. C'est également important pour offrir un accès et pouvoir fournir des services à plus de Canadiens. Je suppose que vous êtes un très bon exemple à suivre.

J'aimerais savoir comment nous pouvons vous aider pour que cela se fasse partout au Canada, car d'après ce que je comprends, et pour vous aussi, afin de pouvoir fournir un service dans une autre province, il faut être agréé dans cette province. Je trouve cela un peu [Difficultés techniques] parce que cela limite le type de services de santé qui pourraient être fournis facilement à un grand nombre de personnes à tout moment, car nous sommes dans des fuseaux horaires différents. Comment pouvons-nous contourner un problème comme celui-là? Avez-vous une idée du rôle que pourrait jouer le gouvernement fédéral dans la création d'un pays exempt d'obstacles où vous pourriez exercer librement dans tout le pays et aider les gens de tout le pays, dans n'importe quelle langue?

Le président : Allez-y, madame Gupta.

Mme Gupta : Voilà une excellente question. Je suis très reconnaissante des normes élevées qu'a établies chaque province en ce qui concerne l'obtention du permis d'exercice.

When we think about it, there is a great deal of cost associated with being licensed. It makes sense. If we are wanting to incentivize, for example, having individuals with specialized language skills to be available to patients across the country, then we have to think about what the burdens they might experience are, whether that is specialty knowledge about certain populations, language use or cultural knowledge. We want to be careful about overburdening specialists in terms of being the only one. How can we get them to train people and spread the knowledge? But also, how can we think of incentivizing being able to provide services in another province or whatnot? That's something to think about.

The other thing is that as we are moving forward, you are right, I don't think we have gone back to all old ways; at least in my profession, virtual is here to stay. It should always be a hybrid model. There should always be a clinical judgment if it is best to do something virtually or good to do something in person. Because I know the community where I see my patients so well, I know very easily how to connect someone to another provider if they need or how to connect them even with a physiotherapist.

Training is the answer. How can we think of this as a specialized ability in terms of being able to provide services across the country? I think rather than jumping in and doing things like we have to sometimes, we can have a thoughtful approach and think about what kind of training might be necessary. We are talking about training in terms of providing psychological services or physiotherapy services in a certain language, and that requires not only language but different skills also. I think that's important.

The Chair: Thank you. Do you want to add to this briefly?

Ms. Bell: I think it is a very important question, the topic of licensure mobility, especially for health care professionals when we are looking at it from an official language or minority language perspective.

For physiotherapists currently, the scope of what they are allowed to do actually differs province to province. There are steps that need to happen before licensure mobility is an option. That's recognition of the full scope of the physiotherapist across the provincial jurisdictions.

En y réfléchissant, il y a énormément de coûts associés à la mise sur pied d'un système d'octroi du permis d'exercice. Et, à juste titre. Si nous voulons, par exemple, que les patients répartis dans tout le pays aient accès à des professionnels possédant des compétences langagières spécialisées, nous devons penser à ce qui pourrait constituer un fardeau pour ces professionnels. Je pense notamment à la connaissance spécialisée concernant certaines populations, à l'usage de la langue, ou à la connaissance culturelle. Nous devons faire attention à ne pas surcharger, car ils sont souvent tout seuls à pratiquer. Comment pouvons-nous les aider à former les gens et à diffuser leurs connaissances? Comment faire également pour les encourager à fournir des services dans d'autres provinces, et ainsi de suite? C'est une question qui mérite réflexion.

La deuxième chose, c'est que, à mesure que nous progressons... et vous avez raison là-dessus; je ne pense pas que nous sommes revenus exclusivement aux anciennes méthodes; du moins, c'est le cas dans ma profession, tout se numérise, et ce n'est pas près de changer. Le modèle de travail devrait toujours être le modèle hybride. C'est pour cette raison qu'un jugement clinique est toujours nécessaire afin de déterminer s'il convient mieux de faire les choses en personne ou en virtuel. Comme je connais tellement bien la communauté où je vois mes patients, il m'est très facile de les mettre en relation avec un autre prestataire de soins, si nécessaire, ou même avec un physiothérapeute.

La réponse, c'est la formation. Comment pouvons-nous voir la prestation de services dans tout le pays comme une compétence spécialisée? À mon avis, au lieu de se précipiter et de faire les choses comme nous en avons l'habitude, il convient d'adopter une approche plus consciencieuse, et de réfléchir au type de formation qui pourrait être nécessaire. La formation en question concerne la prestation de services psychologiques ou physiothérapeutiques dans une certaine langue. Pour cela, d'autres compétences sont requises, en plus des compétences langagières. Je pense que c'est important.

Le président : Merci. Souhaitez-vous rapidement ajouter quelque chose à ces propos?

Mme Bell : Je pense que, du point de vue des langues officielles ou minoritaires, la mobilité des permis d'exercice, surtout pour les professionnels de la santé, est une question essentielle.

À l'heure actuelle, ce qu'il est permis aux physiothérapeutes de faire dans le cadre de leur pratique, diffère d'une province à l'autre. Il reste des étapes à franchir avant que la mobilité associée aux permis d'exercice ne devienne une option envisageable. L'étape la plus importante est de reconnaître toute l'étendue de ce qu'il leur est permis de faire, dans l'ensemble des provinces.

For example, Nova Scotia recently added the ability to order a diagnostic image to the scope of a physiotherapist which is a competency that physiotherapists are trained in. In other provinces, that is not the case, so that limits the mobility of the licence across provinces because the practice or the realities of that licence are quite different.

There are things we can do to recognize the full scope of the health care service practitioners across the country to ensure that mobility is available. An example is that we have seen the success of one clinic in particular of fly-in, fly-out physiotherapists. There will be a rural or remote community that does not have a physiotherapist in the community. So a clinic in an urban setting will pay to have a physiotherapist fly in for a week and they will see several patients. They will speak to them in the language that they like. If there were a French-speaking community, they would send a French-speaking physiotherapist and provide services.

Then for the rest of that month the patients do not see a physiotherapist. They see them virtually so they can continue to keep up with that patient.

These types of services or mentorships across the profession could happen if you had a physiotherapist in B.C. who was not French-speaking, with a French-speaking patient; they could partner up with a physiotherapist in Quebec and work to provide a meaningful solution for that patient who isn't supported in their community but does have access to the wider resources across the country. Licensure mobility would be critical for those types of solutions to cross borders from province to province, or province to territory.

The Chair: Thank you. Do you have any specific recommendation to give to the federal government, because we will prepare a report and want to make strong recommendations? I'll leave you with that.

[*Translation*]

Senator Aucoin: That was actually something I wanted to ask about, either if there was anything specific you could recommend or if you had any other ideas on what the government could do to facilitate that mobility. Thank you for adding that comment. I was wondering how physiotherapists can practise remotely. You've given me a few possible solutions that are very interesting.

La Nouvelle-Écosse, par exemple, a récemment ajouté la capacité de commander l'imagerie diagnostique à ce qu'il est permis aux physiothérapeutes de faire. Cette capacité correspond à l'une des compétences de leur formation. Ce n'est pas le cas dans les autres provinces. La mobilité associée aux permis d'exercice dans toutes les provinces est donc limitée, car la pratique ou les réalités y sont assez différentes.

Il y a des choses que nous pouvons faire pour faciliter cette reconnaissance, de façon à faire de la mobilité associée aux permis d'exercice une option envisageable. Pour citer un exemple, nous avons vu qu'une clinique accessible en avion en particulier, où des physiothérapeutes se rendent pour fournir des soins, et repartent aussitôt leur mission accomplie, a connu du succès. Il y a forcément une communauté rurale ou isolée dépourvue de physiothérapeutes. Dans cette situation, une clinique urbaine devra payer pour faire venir un physiothérapeute en avion, le temps d'une semaine, pour s'occuper de plusieurs patients. Ils pourront communiquer avec le ou la physiothérapeute dans la langue de leur choix. Si la communauté est francophone, la clinique fera venir un ou une physiothérapeute francophone qui promulguera des soins.

Ensuite, les patients ne verront plus de physiothérapeute le reste du mois. Ils n'en verront un que de façon virtuelle de façon à ce qu'il suive l'évolution de leur état de santé.

Ce type de services ou de mentorats à l'échelle de la profession pourrait être offert si la Colombie-Britannique disposait d'un ou physiothérapeute non francophone dont le patient est quant à lui, francophone. On pourrait le mettre en relation avec un physiothérapeute du Québec qui pourrait fournir une solution adaptée aux problèmes de ce patient, lequel est, certes, dépourvu de soutien dans sa communauté, mais qui aurait, au moins, accès à davantage de ressources dans tout le pays. La mobilité associée aux permis d'exercice serait critique pour ces types de solutions, car elle permettrait de se déplacer d'une province à l'autre ou d'une province à un territoire.

Le président : Merci. Avez-vous des recommandations spécifiques à l'intention du gouvernement fédéral? Car nous allons rédiger un rapport et nous souhaitons y inclure de fortes recommandations. Je vous laisse y penser.

[*Français*]

Le sénateur Aucoin : C'était une des choses que je voulais justement demander, soit s'il y avait quelque chose de spécifique que vous pourriez recommander ou si vous aviez d'autres idées sur ce que le gouvernement pourrait faire pour faciliter cette mobilité. Je vous remercie d'avoir ajouté ce commentaire. Je me demandais comment les physiothérapeutes peuvent pratiquer à distance. Vous m'avez donné quelques pistes de solution qui sont très intéressantes.

For psychologists, I was wondering the same thing. Is there anything else you'd like to add? I'll ask my other question later. Would Ms. Gupta or Ms. Bell have anything to add?

[English]

Ms. Gupta: Yes, thank you.

When we talk about licensure across the province, I'll invite my colleague from the CPA, Dr. Madon, to speak to this.

Mr. Madon: Thank you, Dr. Gupta.

I am going to echo what Ms. Bell said. The concept of finding a place to start from in terms of a national credential will inevitably facilitate interjurisdictional practice.

To your point, notwithstanding infrastructure issues like high-speed internet and those kinds of things, and all of the other things we already talked about, having a place and being able to recognize a common core or competency base for psychologists across the country would also be helpful because, like our colleagues in physiotherapy, we are a rather disparate group of regulations and entry-to-practice requirements for psychologists in Canada. Being able to harmonize those would be an important first step in order to facilitate interjurisdictional practice.

[Translation]

Senator Aucoin: Have your associations already made representations or taken the first steps to make this happen? Perhaps we could support that.

[English]

Mr. Madon: We are working on a position paper on national credentialing right now. I would be happy to share it with the committee once it's reached its final form.

Ms. Bell: We have issued a statement on the scope of practice for physiotherapists that [Technical difficulties] adoption and recognition nationally of the full scope of physiotherapy.

We have a position paper. We also have several economic data points that show physiotherapy is a cost-effective solution to many issues facing the health care system. Already, we have put some legwork in with regard to identifying what the full scope of physiotherapy is. As mentioned, recently we've seen Nova Scotia add diagnostic imaging. We're working with our provincial partners to ensure we can find a consistent or national approach to scope that would allow for that licensure mobility.

Pour les psychologues, je me posais la même question. Y a-t-il autre chose que vous voudriez ajouter? Je poserai mon autre question après. Est-ce que Mme Gupta ou Mme Bell auraient quelque chose à ajouter?

[Traduction]

Mme Gupta : Oui, merci.

Puisque nous abordons les permis d'exercice à l'échelle des provinces, j'invite mon collègue de l'ACP, M. Madon, à se prononcer sur le sujet.

M. Madon : Merci, madame Gupta.

Pour reprendre ce que disait Mme Bell, si on trouve un point de départ pour la mise en place d'un permis d'exercice à l'échelle nationale, cela va, de toute évidence, faciliter la pratique entre les diverses administrations.

Par rapport à ce que vous disiez, malgré les problèmes d'infrastructures comme l'Internet à haut débit, ainsi que tout ce dont nous avons parlé, le fait de reconnaître un tronc commun, ou une base de compétences pour les psychologues dans tout le pays peut également se révéler utile, car, tout comme nos collègues en physiothérapie, les psychologues au Canada sont régis par des exigences d'entrée à la pratique, et des règlements plutôt disparates. L'harmonisation de ces éléments serait une première étape importante pour faciliter la pratique d'une administration à l'autre.

[Français]

Le sénateur Aucoin : Vos associations ont-elles déjà fait des démarches ou entrepris les premières étapes pour que cela arrive? On pourrait peut-être appuyer cela.

[Traduction]

M. Madon : Nous travaillons maintenant sur un exposé de principe concernant le permis d'exercice à l'échelle nationale. Une fois que nous aurons la version finale de cet exposé, je me ferai un plaisir de vous le montrer.

Mme Bell : Nous avons émis une déclaration sur l'étendue de la pratique des physiothérapeutes qui [difficultés techniques] en vue de l'adoption et de la reconnaissance de ces éléments à l'échelle nationale.

Nous avons un exposé de principe ainsi que plusieurs points de données économiques qui montrent que la physiothérapie est une solution peu coûteuse à de nombreux problèmes qui accablent le système de santé. Nous avons déjà accompli un certain travail sur le terrain en identifiant toute la portée de la physiothérapie. Comme cela a été mentionné tout à l'heure, la Nouvelle-Écosse vient d'ajouter l'imagerie diagnostique aux compétences des physiothérapeutes. Nous travaillons de concert avec nos partenaires provinciaux afin de trouver une approche

If we were to give feedback, or recommendations to the government regarding national licensure, a big piece would be that recognition. Also, the government is pulling together the health, human resource strategy at a national level.

Currently, when we come to Health Human Resource Strategy tables, and we speak with the federal government about a national Health Human Resource Strategy, doctors and nurses are always present in the room. The rest of the health care system needs to be considered in those discussions, including physiotherapists, because understanding the jurisdictional divides of scope for the physiotherapist and how to move those barriers is going to help Canadians receive the care they deserve and in the language they deserve. It will also take pressure off physicians and nurses who are operating within areas that physiotherapists can help with.

Ensuring that Health Human Resource Strategy and adoption focuses on all of the professionals within health care, including physiotherapy, is a critical step for the federal government, the recognition of additional professions.

[*Translation*]

Senator Aucoin: I see that you talked a lot about two professions. You talked about the service you could offer in different languages. However, with regard to official languages, which is a subject that concerns us as a committee, do you currently have a list of professionals who can provide services in English in Quebec and in French in the other predominantly English-speaking provinces? Are these services easily accessible to these two minorities? I imagine that my colleague will be able to talk about Indigenous peoples and Crees.

[*English*]

Ms. Bell: Our regulatory bodies are an important place to go for comprehensive lists of health care professionals, given the nature of their role within the health care system. They would also have the demographic data on which language a practitioner is able to speak.

As an association made up of members, we do work closely with our partners in our branches in Quebec, New Brunswick and Ontario understand where there are minority language

nationale ou cohérente qui permettrait de mettre en application cette mobilité associée au permis d'exercice.

En ce qui concerne l'agrément à l'échelle nationale, si nous devons fournir une recommandation ou une rétroaction au gouvernement, ce serait de mettre l'accent sur cette reconnaissance. De plus, le gouvernement rassemble les stratégies sur les ressources humaines dans le domaine de la santé à l'échelle nationale.

Aujourd'hui, lorsque nous participons au dialogue avec le gouvernement fédéral autour de la stratégie sur les ressources humaines dans le domaine de la santé, il y a toujours des médecins et des infirmières présents dans la salle. Il faudrait inclure dans ce dialogue, le reste des professionnels du système de santé, y compris les physiothérapeutes. En effet, comprendre la répartition des compétences quant à ce qu'il est permis aux physiothérapeutes de faire, et les moyens de les harmoniser permettra aux Canadiens de recevoir les soins qu'ils méritent dans la langue de leur choix. Cela permettra également de soulager la charge de travail des médecins et des infirmières exerçant dans des régions où les physiothérapeutes peuvent se rendre pour les aider.

Garantir que l'adoption de la stratégie sur les ressources humaines dans le domaine de la santé mette l'accent sur tous les professionnels du système de santé, y compris les physiothérapeutes, constitue une étape critique pour le gouvernement. Il est essentiel de reconnaître d'autres professions.

[*Français*]

Le sénateur Aucoin : Je vois que vous avez parlé beaucoup de deux professions. Vous avez parlé du service que vous pouviez offrir dans différentes langues. Cependant, pour ce qui est des langues officielles, qui est un sujet qui nous concerne comme comité, est-ce que vous avez actuellement une liste de professionnels qui peuvent donner des services en anglais au Québec et en français dans les autres provinces majoritairement anglophones? Est-ce que ces services sont facilement accessibles pour ces deux minorités? J'imagine que ma collègue pourra parler des Autochtones et des Cris.

[*Traduction*]

Mme Bell : Compte tenu de leur rôle dans le système de santé, nos organismes de réglementation constituent un lieu essentiel où trouver des listes exhaustives des professionnels de la santé. Ils disposent également des données démographiques précisant les langues que ces professionnels parlent.

En tant qu'association constituée de membres, nous travaillons de près avec nos partenaires du Québec, du Nouveau-Brunswick et de l'Ontario où nous savons qu'il y a des professionnels

practitioners. We do our best to provide all of our resources in both official languages.

In terms of a comprehensive list of health care practitioners, a regulator is likely the best place to start for that kind of information.

The Chair: Thank you. Would you like to add to this, Dr. Gupta?

Ms. Gupta: Yes, thank you. That's a wonderful question.

Every province, their board or college, has a list of licensed psychologists that are in that province. Any member of the public can go on that directory and look at who they are and what language they can practise in.

We need more than a list. When we think about it, it's not just about language. Say, for example, someone needs treatment for post-traumatic stress disorder, or PTSD. We want language concordance. We want someone who speaks the same language as they do, let's say it is French. Take Prince Edward Island, for example. You want someone who speaks French and has experience and expertise on the condition that the patient is coming in with.

We know that our health care system is at capacity. Even if we find a person on a list who has that language competency — and has the expertise — from a health care perspective, how long is the wait to see that person?

We know we're at capacity publicly. We also know privately there can be waits. Many times what happens is we're doing this piecemeal.

For example, say someone reaches out to me. They're looking for someone. I realize it makes more sense to have someone see someone with this particular expertise. I'm reaching out to my networks. Do you know anyone? Where could we do that? That's the kind of thing we could figure out, how to do less of that. We're happy to do it as health care providers, because we always want to connect people to the right people.

That's more of a question than an answer. We have to look at more than who has language competency and where they live. We also have to look at wait lists and who is available right now. We know timely access to health care is a big part of getting good health care.

The Chair: Thank you for that answer.

parlant des langues minoritaires. Nous faisons de notre mieux pour fournir toutes nos ressources dans les deux langues officielles.

Le meilleur endroit où trouver une liste exhaustive des professionnels de la santé serait un organisme de réglementation.

Le président : Merci. Souhaitez-vous y ajouter quelque chose, madame Gupta?

Mme Gupta : Oui, merci. C'est une excellente question.

Chaque conseil ou collège provincial dispose d'une liste de psychologues agréés présents dans la province. Tout le monde peut avoir accès à ce répertoire pour se renseigner sur ces professionnels ainsi que leur langue de travail.

Mais, ce qu'il nous faut, c'est plus qu'une liste. Lorsqu'on y pense, il n'est pas seulement question de la langue. Imaginons, par exemple, qu'une personne ait besoin d'un traitement pour le trouble du stress post-traumatique, ou TSPT. Ce qu'il nous faut, c'est une concordance linguistique. Nous voulons quelqu'un qui parle la même langue que ce patient, le français, par exemple. Prenons l'exemple de l'Île-du-Prince-Édouard. La personne doit parler le français et doit avoir de l'expérience et de l'expertise au sujet de l'affection de ce patient.

Nous savons que notre système de santé fonctionne à pleine capacité. Même si nous arrivons à trouver une personne sur la liste qui possède les compétences langagières ainsi que l'expertise requises, combien de temps le patient devra-t-il attendre avant de consulter le professionnel?

Nous savons que les établissements des soins de santé publics fonctionnent à pleine capacité. Nous savons également qu'il peut arriver qu'il y ait des listes d'attente dans les établissements de soins de santé privés. Dans de nombreux cas, nous procédons par étapes.

Imaginons, par exemple, que quelqu'un fait appel à moi. Cette personne cherche un professionnel. Je réalise qu'il serait plus logique que cette personne consulte un professionnel qui ait de l'expertise dans une spécialité en particulier. Je consulte mon réseau et je demande : « Vous connaissez quelqu'un? Où pourrions-nous offrir cela? » Et justement, c'est tout ce processus par étapes que nous pourrions éviter. En tant que prestataires de soins, nous sommes heureux de le faire, car nous voulons toujours mettre en relation les gens avec les bons professionnels.

Il s'agit plus d'une question que d'une réponse. Nous devons voir au-delà des compétences langagières et du lieu de résidence. Nous devons aussi consulter les listes d'attente pour voir qui est disponible tout de suite. Nous savons que la rapidité de l'accès aux soins est une part importante de l'accès aux soins de qualité.

Le président : Merci de votre réponse.

[Translation]

Senator Audette: Thank you very much for your testimony and your presentations. Since I really like my neighbour here, I'll continue on the topic of First Peoples. I've just come from [*Innu-aimun spoken*] where a young girl of 11 committed suicide just 12 moons ago. When I was in the woods, a young man of 24 also committed suicide. We have a lot of suicides and mental and physical health problems, and it's far away. The second language is English or French, but the first languages are Naskapi or Innu.

Do you have people in your organization who have provided professional services with a culturally sensitive approach? For me, the figures are important and help show that there are needs in remote regions and in the nations that I hold so dear. There have also been some good examples, such as certain Maritime provinces agreeing to share resources. Do you know if any other regions in the rest of Canada could be included in our report? Does this exist elsewhere? What would you recommend to Health Canada and the federal government to say that, among Indigenous peoples — as you yourself mentioned, Ms. Gupta — ethnicity and language are important issues and that a misunderstanding can lead to a misdiagnosis or a wrong approach? Sometimes it can kill, as in the case of Joyce Echaquan. Do you have any recommendations for Indigenous peoples? We try to speak French and English. For me, it will be important to listen to you.

Ms. O'Neil: Thank you for your question, which really shows the importance of taking a community-centred approach. That would be the first thing to think about. I can give you an example, not with First Nations as such, but with francophones living in minority communities across the country. We've set up a fall prevention project called *Marche vers le futur*. It's a telehealth program aimed at improving access to care for francophones living in minority communities from coast to coast. What we found was that it was really important to go and ask in each province and each community because we all agree that francophones in New Brunswick or Prince Edward Island speak a different kind of French than francophones in Alberta and have different needs; they are different communities.

If we take this approach, I think that having the time to evaluate and develop projects that meet the needs of each community and each First Nations community is of great importance, as long-term benefits will be better. There will be better implementation and better uptake of services. One of the recommendations would be to fund community-centred approaches, not to take a project and adapt it to the community. Creating projects really has to come from the community. That's

[Français]

La sénatrice Audette : Merci beaucoup pour vos témoignages et vos présentations. Comme j'aime beaucoup mon voisin ici, je vais continuer en ce qui concerne les Premiers Peuples. J'arrive de [*mots prononcés en innu-aimun*] où une jeune fille de 11 ans s'est suicidée il y a à peine 12 lunes. Quand j'étais dans le bois, c'est aussi arrivé à un jeune homme de 24 ans. Nous avons beaucoup de suicides et de problèmes de santé mentale et de santé physique, et c'est loin là-bas. La deuxième langue, c'est l'anglais ou le français, mais les langues premières sont le naskapi ou l'innu.

Chez vous, avez-vous des gens qui ont offert des services professionnels avec une approche culturellement adaptée? Pour moi, les chiffres sont importants et aident à montrer qu'il y a des besoins dans les régions éloignées et dans les nations que je chéris beaucoup. Il faut savoir qu'il y a eu aussi de beaux exemples : par exemple, certaines provinces des Maritimes ont accepté de partager des ressources. Savez-vous si, dans le reste du Canada, il y a d'autres régions qui pourraient être citées dans notre rapport? Est-ce que cela existe ailleurs? Que pourriez-vous recommander à Santé Canada et au gouvernement fédéral pour dire que, chez les peuples autochtones — vous l'avez vous-même mentionné, madame Gupta —, l'ethnicité et la langue sont des enjeux importants et que s'il y a un malentendu, cela peut causer un mauvais diagnostic ou une mauvaise approche? Parfois, cela peut tuer, comme dans le cas de Joyce Echaquan. Avez-vous des recommandations pour les peuples autochtones? On essaie de parler français et anglais. Pour moi, ce sera important de vous écouter.

Mme O'Neil : Merci de votre question, qui montre vraiment l'importance d'adopter une approche centrée sur la communauté. Ce serait la première chose à laquelle penser. Je peux vous donner un exemple, pas avec les Premières Nations comme telles, mais avec les francophones vivant en situation minoritaire dans le pays. On a mis sur pied un projet sur la prévention des chutes qui s'intitule *Marche vers le futur*. Il s'agit d'un programme de télésanté dont le but est d'améliorer l'accès aux francophones vivant en situation minoritaire d'ouest en est. Ce qu'on a constaté, c'est qu'il était vraiment important d'aller demander dans chaque province et chaque communauté, parce qu'on s'entend pour dire que les francophones au Nouveau-Brunswick ou à l'Île-du-Prince-Édouard parlent un français différent des francophones de l'Alberta et ont différents besoins; ce sont différentes communautés.

Si l'on retient cette approche, je pense que le fait d'avoir le temps d'évaluer et de développer des projets qui répondent aux besoins de chaque communauté et de chaque communauté des Premières Nations est d'une grande importance, parce qu'il y aura de meilleurs avantages à long terme. Il y aura une meilleure mise en œuvre et une meilleure adoption des services. L'une des recommandations serait de financer les approches centrées sur la communauté, et non de prendre un projet et de l'adapter à la

what francophones have told us. They have told us that it was important for them to see that they had access to a falls prevention program in their language, but above all, that this program was provided by someone in their community. This practice can be adopted. I think it's something very important that's often forgotten, which is to take the time to listen to communities and their needs and adapt programs, whether telehealth, hybrid care or face-to-face care, to the needs of each community. We need to build the capacity of communities so that they can deliver the services themselves.

[English]

The Chair: Dr. Gupta, would you like to answer this question, or do you have suggestions?

Ms. Gupta: This is such a fundamentally important question, and we have to think both the long term and short term. There are people who are considering suicide tonight. It is so important that we work to incentivize and recruit and have people trained to be psychologists from all communities in Canada and from all cultures.

In the meantime, there are people dying. I don't think there is a divide between mental health and physical health, so I think if we have any kind of health in any community, I think that's going to help overall.

What I would say is that we have to be careful that we are not doing harm, but not to the point that we do nothing because we're scared of doing harm. What I mean is that we know there are assessment tools that we can use that come in languages. Let's say we have a tool that comes in French, and we're seeing someone — it might not be their first language, or it might not be their second language, but they can speak some French.

What if this test is looking at someone's — it has items, because we have tests like this — that ask about how to turn on water to brush your teeth. If this is a community that has had a boil water advisory for decades and decades and decades, this is not an appropriate tool, or we have to think about how we are using this tool and change items or whatnot.

It isn't just about language, and it isn't even just about culture. It's also about recognizing when we shouldn't do something and when we shouldn't use a tool and when we have to be creative and use things kind of in between.

You mentioned rural communities. Well, I'm thinking of the same test, and it has items on how to get on the bus and how to use ATMs or whatnot. Things don't necessarily always apply.

communauté. Le fait de créer des projets doit vraiment venir de la communauté. C'est ce que les francophones nous ont rapporté. Ils nous ont dit que c'était important pour eux de voir qu'ils avaient accès à un programme de prévention des chutes dans leur langue, mais surtout, que ce programme soit offert par quelqu'un de leur communauté. On peut adopter cette pratique. Je pense que c'est quelque chose de très important qui est souvent oublié, soit de prendre le temps d'écouter les communautés et les besoins et d'adapter les programmes, que ce soit la télésanté, les soins hybrides ou les soins en personne, aux besoins de chaque communauté. Il faut renforcer les capacités des communautés pour que ce soit elles-mêmes qui livrent les services.

[Traduction]

Le président : Madame Gupta, souhaitez-vous apporter une réponse à cette question, ou avez-vous des suggestions?

Mme Gupta : Il s'agit là d'une question essentielle et fondamentale. Nous devons réfléchir au long et au court termes. Il y a des gens qui songent à se suicider, ce soir. Il est important d'inciter, de recruter, et de former des psychologues qui proviennent de toutes les communautés au Canada, et de toutes les cultures.

En attendant, il y a des gens qui meurent. Je ne pense pas qu'il y ait un fossé entre la santé mentale et physique. Donc, que la communauté ait accès à des professionnels de la santé mentale ou de la santé physique, c'est suffisant pour aider.

Ce que je dirais, c'est que nous devons faire attention à ne pas causer de tort, mais pas au point de ne rien faire par peur de causer du tort. Je m'explique : nous savons que nous avons des outils d'évaluation disponibles dans plusieurs langues. Imaginons que l'un des outils soit disponible en français. Il se peut que le français ne soit ni la langue maternelle du patient ni sa deuxième langue. Mais, il peut quand même un peu s'exprimer en français.

Imaginons que cet outil — il contient des questions, car nous avons des tests de ce type — qui demandent comment ouvrir le robinet pour se brosser les dents. S'il s'agit d'une communauté qui reçoit des avis d'ébullition d'eau depuis plusieurs décennies, l'outil en question n'est pas approprié, et nous devons réfléchir à l'utilisation de cet outil et nous devons en changer quelques aspects, et ainsi de suite.

Il ne s'agit pas seulement d'une question de langue, ou même simplement de culture. Il s'agit également de reconnaître quand il est inapproprié de faire quelque chose et, quand nous ne devrions pas utiliser un outil. Dans ce dernier cas, nous devons alors nous montrer créatifs et utiliser d'autres options.

Vous avez mentionné les communautés rurales. Eh bien, le test contient des questions sur la façon de prendre le bus, l'utilisation des guichets automatiques, et ainsi de suite. Ces choses ne s'appliquent pas forcément partout et toujours.

I think the danger is that when we are serving minority communities — especially if numbers are small — we have to be careful not to underestimate abilities, because that can be the danger. Misdiagnosis for sure, but also underestimating someone's abilities, because we're not asking the right questions.

I really wish that we had better infrastructure that supported appropriate cultural and linguistic interpretation and that we had proper training for health care providers and interpreters to learn how to work together and that we had space in terms of appointment times. Best practice is doing a consultation before and a debrief after. But we also know that studies don't say that interpretation is always better, either. The studies show that concordant language care — if you're seeing a health professional who speaks the same language as you — that's better. Interpretation is so important, and if we're going to do it, we need to be trained properly.

Sorry. I think I went over time.

The Chair: Thank you, Dr. Gupta. I want to make sure that everyone has a chance to ask questions.

I will give the floor to Senator Clement, but my question would be that that is pretty clear in terms of means, but what would the federal government do specifically, because some of that work is provincial or community work? What kind of recommendation might you have? We might come back to this after.

I'll give the floor to Senator Clement.

Senator Clement: Thank you all for being here, and thank you for your careers, as well. Thank you for your careers. They are so helpful.

I'll ask the questions and then get out of the way.

The first one will be for Dr. Gupta. I like the way you say language concordant care and culturally relevant care are two different things that we have to look at, and I want to dig into this training thing you keep raising.

Is there training? Does your association support training? Should it be mandatory training around cultural competency? Can you provide more detail around that?

Selon moi, lorsqu'on s'occupe des communautés minoritaires, surtout lorsqu'il s'agit de petites communautés, le risque, c'est que nous pouvons sous-estimer les capacités de ces communautés. C'est ça, le danger. Je pense, bien sûr, aux erreurs de diagnostic, mais nous pouvons aussi sous-estimer les capacités des individus, car nous ne posons pas les bonnes questions.

J'aimerais vraiment que nous ayons une meilleure infrastructure pour soutenir une interprétation culturelle et linguistique appropriée, et que nous ayons une formation adéquate pour les fournisseurs de soins de santé et pour les interprètes afin qu'ils apprennent à travailler ensemble, ainsi que l'espace nécessaire pour les heures de rendez-vous. La pratique exemplaire consiste à organiser une consultation avant, et à faire un compte rendu après. Mais nous savons également que, selon les études, l'interprétation n'est pas toujours meilleure, non plus. Les études montrent que la concordance linguistique patient-médecin — si vous consultez un professionnel de la santé qui parle la même langue que vous —, c'est mieux. L'interprétation est si importante, et si nous comptons l'intégrer, il faut une bonne formation.

Je m'excuse. Je crois que j'ai dépassé le temps alloué.

Le président : Merci, madame Gupta. J'aimerais m'assurer que tout le monde a l'occasion de poser des questions.

Je vais donner la parole à la sénatrice Clement, mais ma question est la suivante: les choses sont assez claires en ce qui concerne les moyens, mais que ferait spécifiquement le gouvernement fédéral, étant donné qu'une partie de ce travail relève de la province ou de la communauté? Quel genre de recommandation pourriez-vous faire? Nous reviendrons peut-être sur cette question plus tard.

Je vais donner la parole à la sénatrice Clement.

La sénatrice Clement : Merci à tous d'être ici, et je vous remercie également pour les carrières que vous avez menées. Merci pour vos carrières. Elles sont tellement utiles.

Je poserai les questions, et je vous laisserai ensuite répondre.

La première question s'adresse à Mme Gupta. J'aime bien ce que vous avez dit à propos de la concordance linguistique patient-médecin et des soins adaptés à la culture, qui sont deux choses différentes que nous devons examiner, et je voudrais approfondir la question de la formation que vous continuez de mentionner.

Y a-t-il des formations? Votre association soutient-elle la formation? Devrait-il y avoir une formation obligatoire sur la compétence culturelle? Pouvez-vous nous donner plus de détails à ce sujet?

You're sitting in Nova Scotia, and I know that the Atlantic colleges of surgeons and physicians have started a sort of shared licensing registry. If you had any comment about whether something like that is a good start, that would be interesting to hear about. The question could be for Dr. Gupta or Dr. Madon.

The questions for physiotherapy — and physiotherapy has saved me so many times — but I was able to afford it, and I'm also a legal aid lawyer, and when my clients can't afford it, I see the real difference in outcomes. But that's a separate conversation.

You outlined six points. It felt like a mission statement, and your sixth one was around supporting marginalized communities. I wondered specifically how you do that.

You also referenced the health and human resource strategy and not being at the table. Explain what you mean by that strategy if it's the labour shortage strategy. I wasn't quite understanding what you meant by that.

We can start with Dr. Gupta and Dr. Madon.

Ms. Gupta: I'll answer half of it, and then Dr. Madon, who is CPA's Director of Professional Affairs and the registrar of accreditation, can answer the second question.

The first, in terms of cultural competency training — because we have that — I want to talk a little bit about professionals once they've already done training, and they are already licensed. The training I'm referring to is the idea of — we know that language concordance is important; we know that. We know that if we can't understand what a patient is saying, then we're only going to be able to help them so much, and yet interpretation services are such a patchwork, and it's hard to figure out how to use it. It should be standard. Why isn't it in the orientation when I start a new job if it's important enough?

I was also reading recently about how there are only three provinces that have language on people's health cards. I think that shows how important we're taking language, and we're maybe not thinking of it as connected to health as much as we should. If we can't access that data, it makes it harder to engage in processes like offer first, in terms of asking people, "Oh, would you prefer to be spoken to in French," and all of that.

Vous êtes en Nouvelle-Écosse, et je sais que les collègues des médecins et des chirurgiens de l'Atlantique viennent d'établir un genre de registre de permis commun. Il serait intéressant d'entendre vos commentaires sur la question de savoir si c'est un bon départ. La question pourrait s'adresser à Mme Gupta ou à M. Madon.

Les questions concernent la physiothérapie... La physiothérapie m'a sauvée tellement de fois, mais j'avais les moyens de me l'offrir, et je suis également avocate de l'aide juridique, et quand mes clients n'en ont pas les moyens, je vois la vraie différence dans les résultats, mais c'est une autre histoire.

Vous avez exposé six points. Cela ressemblait à un énoncé de mission, et votre sixième point concernait le soutien des communautés marginalisées. Je me demandais comment vous faites cela précisément.

Vous avez également mentionné la stratégie sur les ressources humaines en santé et le fait que vous n'avez pas participé à cette discussion. Pouvez-vous expliquer ce que vous entendez par cette stratégie, dire s'il s'agit de la stratégie relative à la pénurie de main-d'œuvre. Je n'ai pas très bien compris ce que vous vouliez dire par là.

Nous pouvons commencer par Mme Gupta et M. Madon.

Mme Gupta : Je vais répondre à une moitié de la question, puis M. Madon, qui est directeur des Affaires professionnelles de la SCP et registraire de l'agrément, peut répondre à la deuxième question.

D'abord, en ce qui concerne la formation sur la compétence culturelle — parce que nous en avons une —, j'aimerais un peu parler des professionnels qui ont suivi la formation et qui sont déjà autorisés à exercer. La formation dont je parle, c'est l'idée de... Nous savons que la concordance linguistique est importante; nous le savons. Nous savons que, si nous ne pouvons pas comprendre ce qu'un patient dit, nous ne pourrions donc l'aider que jusqu'à un certain point, et pourtant, les services d'interprétation sont si éparpillés qu'il est difficile de savoir comment les utiliser. Cela devrait être une norme. Pourquoi cela ne fait-il pas partie de l'orientation, quand on commence un nouvel emploi, si c'est suffisamment important?

J'ai également lu récemment que trois provinces seulement inscrivent la langue sur les cartes d'assurance-maladie des gens. Je pense que cela montre l'importance que nous accordons à la langue, et nous ne voyons peut-être pas autant qu'il le faudrait ses liens avec la santé. Si on ne peut pas avoir accès à ces données, il est plus difficile de demander dès le départ aux gens « préférez-vous qu'on vous parle en français? », et tout cela.

That's the little piece I wanted to give. I'd like to invite Dr. Madon to talk about cultural competency, because we do take that very seriously in our training of psychologists.

Mr. Madon: Thank you. Absolutely, we have accreditation standards for training programs in professional psychology. Our association currently accredits about 46 doctoral programs in professional psychology, and in the competency matrix in the most recent revision of our standards, individual social and cultural diversity is a crosscutting foundational competence.

In addition to that — because we recognize that it's not just about training people to do the work — we took steps to revise or change our standards to remove some of the systemic barriers to enable equity-deserving groups to access training to become professional psychologists, so they can then go back and provide services in their communities.

Senator Clement: Is this mandatory?

Mr. Madon: Yes, it is absolutely mandatory. A program cannot be accredited without being able to address that training in a local context.

We do have a separate training standard specifically for Indigenous interculturalism in response to the Truth and Reconciliation Commission of Canada report, so that is separate from individual social and cultural diversity, but both of them are crosscutting, foundational competencies. A program that is not addressing them would not be accredited.

Ms. Bell: We'll start with the support for marginalized communities.

At the association, there are several things that we can do — specifically right now is about advocacy. Our recent win in Budget 2024 to see the expansion of the Canada Student Loan forgiveness program into rural communities is really going to enhance access.

You'll hear me say the word "access" a lot. I'm sure you guys also say the word "access" a lot. When we talk about health care, fundamentally, that's what it boils down to.

For us, the recognition of the full scope of the physiotherapist and enabling them to work to that full scope supports us in supporting those marginalized communities and building partnerships and strategies like the fly-in, fly-out community that I had previously mentioned. Advocating for new programs of that nature is a big way that the association has been supporting those communities.

C'est une petite chose que je voulais souligner. J'aimerais inviter M. Madon à parler de la compétence culturelle, parce que nous prenons cela très au sérieux dans les formations que nous offrons aux psychologues.

M. Madon : Merci. Tout à fait; nous avons des normes d'agrément pour les programmes de formation des professionnels en psychologie. Notre association accrédite actuellement environ 46 programmes de doctorat de professionnels en psychologie, et la diversité sociale et culturelle des personnes est une compétence transversale essentielle dans la grille des compétences de la dernière révision de nos normes.

En plus de cela — parce que nous reconnaissons qu'il n'est pas seulement question de former des gens pour qu'ils fassent un travail —, nous avons pris des mesures pour revoir ou changer nos normes afin de supprimer certains obstacles systémiques, pour que les groupes méritant l'équité aient accès à la formation et deviennent des psychologues professionnels. Ils pourront ensuite retourner dans leurs communautés et fournir des services.

La sénatrice Clement : Est-ce obligatoire?

M. Madon : Oui, c'est absolument obligatoire. Un programme ne peut pas être accrédité sans la possibilité d'intégrer cette formation dans un contexte local.

Nous avons une norme de formation distincte, visant spécifiquement l'interculturalisme autochtone, en réponse au rapport de la Commission de vérité et réconciliation du Canada; c'est donc distinct de la diversité sociale et culturelle des personnes, mais les deux sont des compétences transversales essentielles. Un programme qui n'en tient pas compte ne serait pas agréé.

Mme Bell : Nous commencerons par le soutien des communautés marginalisées.

À l'association, nous pouvons faire plusieurs choses, et nous nous concentrons actuellement spécifiquement sur la défense des droits. Notre récente victoire, dans le cadre du budget de 2024, l'extension aux communautés rurales du programme canadien d'exonération de remboursement des prêts d'études, permettra réellement d'améliorer l'accès.

Vous m'entendrez beaucoup dire le mot « accès ». Je suis certaine que vous aussi dites beaucoup le mot « accès ». Quand on parle des soins de santé, cela revient essentiellement à cela.

En ce qui nous concerne, la reconnaissance du champ de compétence complet du physiothérapeute et la possibilité pour lui d'exploiter ce champ de compétence nous aident à soutenir ces communautés marginalisées et à établir des partenariats et des stratégies comme les communautés accessibles uniquement par avion que j'ai mentionnées plus tôt. Défendre de nouveaux programmes de cette nature est un moyen important pour notre association de soutenir ces communautés.

We have a lot of work to do as an association and as a profession to ensure that access supports all equity-deserving groups. We don't take that lightly, but it's an important part of the access conversation, which is one we continue to butt up against.

When we talk about health and human resource strategy, the federal government frequently convenes tables of health care practitioners and health care leaders to inform them on policy, funding models, and things of that nature. Those are the tables where I think that diversity of thought — from a practitioner perspective — is really important to inform the discussion on what access to the health care system is. Physiotherapists, our colleagues in occupational therapy and speech language therapy bring a different perspective, so they too should be at the table.

You mentioned the unfortunate reality of physiotherapy service frequently being a service that somebody can or cannot afford whether their employer pays for a benefits plan for them or not. This is a reality that doesn't often get represented at policy-making tables, and the need for expanded public access for communities, marginalized communities, or Canadian patients, writ large, will expand the ability for physiotherapy to support the health care system.

The two questions are quite intertwined, because some of the decisions being made around health and human resource strategy need to be thoughtful about the way that other practitioners are experiencing or contributing to the health care system.

The Chair: Thank you so much. We have four minutes to go, and I would like to hear you on the barriers that internationally trained health professionals are facing. We spoke a lot about Canadians and mobility in Canada, but what about the international professionals?

There is the federal government, the provinces and territories, the associations and the post-secondary institutions. In a nutshell, what would be your recommendations concerning that, because there are a lot of issues to bring those professionals here to Canada.

Ms. Bell: Internationally educated professionals represent over 2,000 physiotherapists inbound in our last intake for our credentialing examination, so tonnes of physiotherapists are entering Canada with the intention of practising health care in Canada.

There are several barriers that they experience that the federal government could support them in. One is subsidizing the cost of licensing. Internationally educated physiotherapists need to prove their language requirement, either in English or in French. They also need to take a set of credentialing exams, like every other health care licence in the country, and the cost of those can

Nous avons beaucoup de travail à faire, en tant qu'association et en tant que profession, pour nous assurer que l'accès soutient tous les groupes méritant l'équité. Nous ne prenons pas cela à la légère, mais il s'agit d'une importante partie de la discussion sur l'accès, un point auquel nous continuons de nous heurter.

Quand on parle de la stratégie de ressources humaines en santé, le gouvernement fédéral organise souvent des réunions de professionnels de la santé et de dirigeants de services de santé pour les informer des politiques, des modèles de financement et de choses de ce genre. Ce sont des réunions où selon moi la diversité des opinions — du point de vue d'un médecin — est très importante pour éclairer la discussion sur ce qu'est l'accès au système de santé. Les physiothérapeutes, nos collègues en ergothérapie et en orthophonie, apportent un point de vue différent, et ils devraient donc participer à la discussion.

Vous avez parlé de la triste réalité du service de physiothérapie, qui est souvent un service que les gens ne peuvent s'offrir que si leur employeur paie un régime d'avantages sociaux pour eux. Il s'agit d'une réalité qui n'est pas souvent abordée dans les réunions d'élaboration des politiques, et l'extension de l'accès public aux communautés, aux communautés marginalisées, ou aux patients canadiens de manière générale, permettra davantage à la physiothérapie de soutenir le système de soins de santé.

Les deux questions sont étroitement liées, parce que certaines des décisions prises concernant la stratégie des ressources humaines en santé doivent tenir compte de la manière dont les autres fournisseurs de soin perçoivent le système de santé ou leur contribution à celui-ci.

Le président : Merci beaucoup. Il nous reste quatre minutes, et j'aimerais avoir votre avis sur les obstacles que rencontrent les professionnels de santé formés à l'étranger. Nous avons beaucoup parlé des Canadiens et de la mobilité au Canada, mais qu'en est-il des professionnels formés à l'étranger?

Il y a le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires, les associations et les établissements postsecondaires. En résumé, quelles seraient vos recommandations à ce sujet, parce qu'on a beaucoup de mal à attirer ces professionnels, ici, au Canada.

Mme Bell : Les professionnels formés à l'étranger, ce sont plus de 2 000 physiothérapeutes admis à notre dernier examen de reconnaissance des titres de compétence, et une foule de physiothérapeutes viennent au Canada dans le but de fournir des soins de santé au Canada.

Ils rencontrent plusieurs obstacles, et le gouvernement fédéral pourrait les aider. Il pourrait d'abord subventionner le coût du permis d'exercice. Les physiothérapeutes formés à l'étranger doivent prouver leur maîtrise de la langue, que ce soit le français ou l'anglais. Ils doivent également passer un ensemble d'examens pour faire reconnaître leurs titres de compétence,

be a barrier. I think subsidization of the cost to enter the profession for internationally educated physiotherapists would be one.

Currently, it's easier to access an English as a Second Language course than a French as a Second Language course, unless you live in this city. English as a Second Language education courses and programs that practitioners might take to ensure they're ready to challenge their exams are far more readily available than French language speaking courses.

That's another infrastructure piece, making sure that French as a Second Language courses are available to those practitioners coming into the country, and information for those practitioners about where and how they could get employment in that language.

I think assumptions are made that English is what is going to get you a job when you come in as a new Canadian, and so I think informing them of the ability to speak French — many internationally educated physiotherapists come in multilingual, and so there is a point for some of them where they make a choice on if they're going to credential in English or credential in French. Often those decisions can be informed by which exam is the most available to them.

The Chair: I don't want to interrupt you but because of the time, in your opinion is it necessary to develop an accelerated pathway for skilled foreign workers from health professions who are francophone or bilingual? Do you think it could be part of the solution?

Ms. Bell: I think it is important for us to build an accelerated pathway to get all internationally educated physiotherapists into the system to increase access, which would potentially open the ability to access the practitioner that you need in the language that you speak because there is less burden writ large on practitioners across the country.

The Chair: Dr. Gupta or Dr. Madon, do you want to add something to that in a few seconds?

Ms. Gupta: Hear, hear, is what I would say to that. I think accelerated does not mean lesser quality. Accelerated does not mean that we are not paying attention to the standards. It just means we are lowering some barriers.

Something that Ms. Bell said really struck a chord with me. I had a psychologist contact me the other day who works in an academic institution and said, "I really want to improve my French; I really want to work on my French." This isn't a student. This is a professional. And she said, "But the only courses that are available in my institution are at too high a level." So that is an act that can be done at the federal level. I

comme pour toute autre autorisation d'exercer dans le domaine des soins de santé au Canada, et leur coût peut représenter un obstacle. Je pense que la subvention du coût pour que les physiothérapeutes formés à l'étranger puissent entrer dans la profession serait une chose.

Actuellement, il est plus facile de suivre un cours d'anglais langue seconde qu'un cours de français langue seconde, à moins d'habiter ici, dans cette ville. Les cours d'anglais langue seconde et les programmes que les praticiens peuvent suivre pour se préparer à passer leurs examens sont beaucoup plus facilement accessibles que les cours de français.

C'est un autre élément de l'infrastructure, qui permet de s'assurer que les praticiens qui viennent au Canada ont accès aux cours de français langue seconde et aux informations sur l'endroit où ils pourraient trouver un emploi dans cette langue et la façon dont ils peuvent le faire.

Je crois que les gens pensent que la maîtrise de l'anglais leur permettra de trouver un travail, quand ils arrivent ici, en tant que nouveaux Canadiens, et je pense qu'il faut donc les informer de la possibilité de parler français... De nombreux physiothérapeutes formés à l'étranger parlent déjà plusieurs langues, et il arrive un moment où certains ont le choix d'obtenir leur agrément en français ou en anglais. Ces décisions peuvent souvent être guidées par l'examen qui leur est le plus facilement accessible.

Le président : Je ne veux pas vous interrompre, mais compte tenu des contraintes de temps, selon vous, est-il nécessaire de créer une voie accélérée pour les travailleurs de la santé étrangers qualifiés francophones ou bilingues? Pensez-vous que cela pourrait faire partie de la solution?

Mme Bell : Je pense qu'il est important pour nous de créer une voie accélérée pour intégrer dans le système tous les physiothérapeutes formés à l'étranger, pour améliorer l'accès, ce qui vous permettrait d'avoir accès au praticien dont vous avez besoin dans la langue que vous parlez, si les praticiens, dans l'ensemble, sont soumis à moins de contraintes dans tout le pays.

Le président : Madame Gupta ou monsieur Madon, voulez-vous ajouter quelque chose, en quelques secondes?

Mme Gupta : Je dirais bravo. Je ne pense pas qu'une voie accélérée est synonyme de qualité moindre. Cela ne signifie pas que nous ne prêtons pas attention aux normes. Cela signifie simplement que nous abaissons certains obstacles.

Mme Bell a dit quelque chose qui m'a vraiment interpellée. L'autre jour, une psychologue qui travaille dans un établissement d'enseignement m'a contactée et m'a dit: « Je veux vraiment améliorer mon français; je veux vraiment perfectionner mon français. » Ce n'était pas une étudiante. C'était une professionnelle. Elle a ajouté: « Mais les seuls cours disponibles dans mon établissement sont d'un niveau trop élevé. » C'est

know that health is a provincial matter, but if we could have better access to language training this could incentivize health care providers to improve their language skills by having lower costs or having it available at different levels. This would help those who would like to improve their skills in languages other than their primary language.

The Chair: Thank you so much to the four of you for your comments, presentations and answers. It will help us with our report.

[*Translation*]

Colleagues, we are resuming the meeting to continue our study on minority-language health services under the theme of health care professionals and the recognition of foreign credentials.

[*English*]

We now welcome in person, Dr. Deborah Cohen, Chief Operating Officer, Health Workforce Canada; and by video conference we welcome Dr. Harold Wallbridge, Registrar of the Psychological Association of Manitoba.

Welcome to both of you. Thank you for joining us this evening. Let's start with your opening remarks, followed by questions from senators. Dr. Cohen, the floor is yours.

Deborah Cohen, Chief Operating Officer, Health Workforce Canada: Thank you for the opportunity to speak with you today.

Health Workforce Canada is a small, new, not-for-profit organization launched in November 2023. The establishment of our organization arose from the federal-provincial-territorial, or FPT, desire to strengthen health workforce data and planning. We are in the process of getting up and running and are happy to share what we can today.

Our role is to identify the sector's information needs, and then to work with data engines in this country like the Canadian Institute for Health Information, or CIHI; Statistics Canada; and Employment and Social Development Canada, or ECDC; and others to facilitate access to existing data and to work toward enhancing this data foundation over time.

I want to tell you about Health Workforce Canada's new publicly available pan-Canadian data dashboards. They are designed to bring information into one place so users can understand what we know, and still don't know, about the health workforce in Canada. It is clear that Canada's pan-Canadian health workforce data needs to be better connected, standardized

quelque chose que l'on peut faire à l'échelon fédéral. Je sais que le domaine de la santé relève des provinces, mais, si on pouvait avoir un meilleur accès aux formations linguistiques, cela pourrait encourager les fournisseurs de soins de santé à améliorer leurs compétences linguistiques, en réduisant les coûts ou en prévoyant des cours de différents niveaux. Cela aiderait ceux qui voudraient améliorer leurs compétences dans une langue autre que leur langue maternelle.

Le président : Merci beaucoup à vous quatre de vos commentaires, de vos exposés et de vos réponses. Cela nous aidera dans notre rapport.

[*Français*]

Chers collègues, nous reprenons maintenant nos travaux pour poursuivre notre étude sur les services de santé dans la langue de la minorité sous le thème des professionnels de la santé et de la reconnaissance des titres de compétence étrangers.

[*Traduction*]

Nous allons maintenant accueillir en personne, Mme Deborah Cohen, cheffe de l'exploitation d'Effectif de la santé Canada; et, par vidéoconférence, M. Harold Wallbridge, registrateur de la Psychological Association of Manitoba.

Bienvenue à tous les deux. Merci de vous joindre à nous, ce soir. Commençons par vos déclarations préliminaires, puis nous passerons aux questions des sénatrices et des sénateurs. Madame Cohen, vous avez la parole.

Deborah Cohen, cheffe de l'exploitation, Effectif de la Santé Canada : Merci de me donner l'occasion de discuter avec vous, aujourd'hui.

Effectif de la Santé Canada est un nouveau petit organisme sans but lucratif lancé en novembre 2023. La création de notre organisme est née de la volonté des gouvernements fédéral-provinciaux-territoriaux d'améliorer les données sur la main-d'œuvre en santé et la planification. Nous serons bientôt opérationnels et nous sommes heureux de vous donner de l'information, aujourd'hui.

Notre rôle consiste à cerner les besoins du secteur en matière d'information, et de travailler avec des moteurs de recherche canadiens comme ceux de l'Institut canadien d'information sur la santé, l'ICIS, de Statistique Canada, d'Emploi et Développement social Canada et d'autres organismes, pour faciliter l'accès aux données existantes et faire croître les bases de données au fil du temps.

J'aimerais vous parler des nouveaux tableaux de bord de données pancanadiens, accessibles au public, d'Effectif de la santé Canada. Ils sont conçus pour rassembler les informations en un seul endroit pour que les utilisateurs puissent comprendre ce que nous savons, et ce que nous ne savons toujours pas, sur la main-d'œuvre en santé du Canada. Il est clair qu'il vaut mieux

and enhanced. However, we do have some statistics that may be of interest to this committee.

We know that our country is short of health providers across all jurisdictions. According to Statistics Canada, in 2022/23, there was an average of 96,000 workforce vacancies in the country. This vacancy rate was four times higher than it was in 2016.

According to CIHI, in 2022, the overtime worked by nurses and others on inpatient units in Canadian hospitals was 14.2 million hours. This represents a 53% increase over the previous year and is equivalent to over 7,000 full-time positions.

These data paint a picture of the strain on the health care system, but they do not tell us everything. We have a limited understanding of the languages spoken, for example, by our health workforce at a pan-Canadian level. This lack of comprehensive data on language and others significantly hampers effective needs-based planning.

Other than for physicians, CIHI does not currently collect annual administrative data for languages spoken by the health workforce. However, CIHI is now working toward collecting language data for nursing, pharmacy and occupational therapy, and annual data collection is expected to start later this year.

We do have older statistics from Statistics Canada, which indicate the proportion of health care workers who can speak French actually decreased from 12.3% of the population in 2001, to 11.5% in 2016, to 10.9% in 2021.

Of the internationally educated health professionals, of IEHPs, residing in Quebec in 2021, for example, 70% spoke French, while 2.9% of IEHPs residing in other provinces and territories could do so.

As a data and planning organization, Health Workforce Canada does not have a direct role in foreign credentialing or licensure. However, we do have some other statistics that may be interesting. According to CIHI, in 2022, 35% of pharmacists and 31% of family physicians were internationally trained, whereas only 10% of registered nurses were internationally educated. The proportion of internationally educated nurses, or IENs, has consistently been lower than other professions. However, even this proportion is growing. In 2017, IENs made up 8% of the newly licensed nurses. In 2022, that number rose to 12%. That's an inflow of 5,000 new IENs over five years.

connecter, normaliser et optimiser les données pancanadiennes sur la main-d'œuvre en santé du Canada. Cependant, nous avons quelques statistiques qui pourraient intéresser le comité.

Nous savons que, au Canada, il manque de fournisseurs de soins de santé partout au pays. Selon Statistique Canada, en 2022-2023, le pays comptait en moyenne 96 000 postes vacants. Le taux de postes vacants était quatre fois plus élevé qu'en 2016.

Selon l'ICIS, en 2022, les infirmières et les autres membres du personnel des unités des malades hospitalisés, dans les hôpitaux canadiens, ont effectué 14,2 millions d'heures supplémentaires. Cela représente une augmentation de 53 % par rapport à l'année précédente et équivaut à plus de 7 000 postes à temps plein.

Ces données brossent le tableau des pressions exercées sur le système de soins de santé, mais elles ne nous disent pas tout. Nous avons une compréhension limitée, par exemple, des langues que parlent le personnel de la santé à l'échelle du pays. Ce manque de données exhaustives sur la langue et les autres éléments nuit grandement à une planification efficace fondée sur les besoins.

Sauf pour les médecins, l'ICIS ne recueille pas actuellement des données administratives annuelles sur les langues parlées par le personnel de la santé. Cependant, l'ICIS s'efforce aujourd'hui de recueillir des données sur la langue pour les soins infirmiers, les services pharmaceutiques et l'ergothérapie, et on s'attend à ce qu'une collecte de données annuelle commence plus tard cette année.

Nous avons d'anciennes données provenant de Statistique Canada selon lesquelles le pourcentage de travailleurs de la santé parlant français a en fait diminué, passant de 12,3 % de la population en 2001 à 11,5 % en 2016 puis à 10,9 %, en 2021.

Parmi les professionnels de la santé formés à l'étranger, les PSFE, résidant au Québec, en 2021, par exemple, 70 % parlaient français, tandis que 2,9 % des PSFE résidant dans d'autres provinces et territoires parlaient français.

En tant qu'organisme de collecte de données et de planification, Effectif de la santé Canada ne joue pas de rôle direct dans la reconnaissance des titres de compétences étrangers et de la délivrance de permis d'exercice. Cependant, nous disposons d'autres statistiques qui pourraient être intéressantes. Selon l'ICIS, en 2022, 35 % des pharmaciens et 31 % des médecins de famille avaient été formés à l'étranger, tandis que seulement 10 % des infirmières autorisées avaient été formées à l'étranger. Le pourcentage d'infirmières formées à l'étranger a toujours été inférieur à celui des autres professions. Cependant, même ce pourcentage est en hausse. En 2017, les infirmières formées à l'étranger représentaient 8 % des infirmières nouvellement autorisées à exercer. En 2022, ce pourcentage était passé à 12 %. Cela représente 5 000 nouvelles infirmières formées à l'étranger sur cinq ans.

These data serve as a signal of the recent efforts to increase and streamline recruitment, foreign credentialing and licensing in the country.

While Canada leverages IEHPs to create sufficient supply for the country, not all of them are employed in health care. According to Statistics Canada, in 2021, only 67% of IEHPs trained in medicine internationally worked in health care compared with 95% of physicians educated in Canada. Furthermore, of the new immigrants to Canada who trained in nursing, 42% were employed in the nursing profession and 21% were working as personal support workers.

For each profession, there are multiple pathways to licensure for newcomers. The National Newcomer Navigation Network, also known as N4, is an organization that assists newcomers in navigating the complex Canadian health care system. N4 produces standardized information about the pathways to licensure for nurses and physicians and they track variability across the provinces and territories. These pathways are publicly available on their website, and we would be happy to provide you with a link if you are interested.

Thank you for the opportunity.

The Chair: Thank you, Dr. Cohen.

Dr. Wallbridge, it is now your turn to deliver your opening remarks. The floor is yours.

Harold Wallbridge, Registrar, Psychological Association of Manitoba: Thank you. I'm a registered psychologist, and the registrar of the Psychological Association of Manitoba, or PAM, which is the regulatory college. In addition, I am the director of the Psychological Service Centre, which is a training clinic for the clinical psychology training program at the University of Manitoba.

Access to minority language services in Manitoba — in this case French — is extremely limited. The number of registered psychologists who are fluent in French is very low. The actual number is not known to me, but I expect that it is less than 5, out of 266 registered members. Of this small number, not all would actually practise in French, either because they lack confidence in their level of fluency due to how little they use it professionally or they have an institutional position that only involves English. In fact, if I were to be asked to name a single psychologist in a private-practice setting who could serve a French-speaking client, I cannot name one, although one did retire a few years ago.

Ces données témoignent des efforts récents visant à augmenter et à simplifier le recrutement, la reconnaissance des titres de compétences étrangers et l'agrément au Canada.

Même si le Canada mise sur eux pour créer une offre suffisante pour le pays, les PSFE ne sont pas tous employés dans le secteur de la santé. D'après Statistique Canada, en 2021, seulement 67 % des médecins formés à l'étranger travaillaient dans le domaine de la santé, par rapport à 95 % des médecins formés au Canada. De plus, parmi les nouveaux immigrants au Canada ayant une formation en soins infirmiers, 42 % étaient employés en soins infirmiers, et 21 % travaillaient comme préposés au service de soutien à la personne.

Pour chaque profession, plusieurs voies s'offrent aux nouveaux arrivants qui désirent obtenir un permis d'exercice. Le Réseau national de navigation pour nos nouveaux arrivants, également appelé le N4, est une organisation qui aide les nouveaux arrivants à se retrouver dans le complexe système de santé canadien. Le N4 produit de l'information normalisée sur les voies d'accès au permis d'exercice pour le personnel infirmier et les médecins et fait un suivi de la variabilité entre les provinces et les territoires. Ces voies sont accessibles au public sur son site Web, et nous nous ferons un plaisir de fournir le lien, si cela vous intéresse.

Merci de m'avoir invitée.

Le président : Merci, madame Cohen.

Monsieur Wallbridge, c'est maintenant à votre tour de nous présenter vos déclarations préliminaires. Vous avez la parole.

Harold Wallbridge, registrateur, Psychological Association of Manitoba : Merci. Je suis psychologue agréé, et registraire de l'Association des psychologues du Manitoba, la PAM, qui est l'ordre de réglementation. De plus, je suis directeur du Centre de services psychologiques, une clinique de formation du programme de formation en psychologie clinique de l'Université du Manitoba.

L'accès aux services dans une langue en situation minoritaire au Manitoba — ici, le français — est extrêmement limité. Le nombre de psychologues agréés qui parlent couramment français est très faible. Je ne connais pas le chiffre exact, mais je pense qu'il est inférieur à 5 sur 266 membres agréés. Sur ce petit nombre, tous ne travaillent pas en français, soit parce qu'ils manquent de confiance en leur maîtrise du français parce qu'ils le parlent rarement dans le cadre professionnel, soit parce qu'ils occupent un poste dans une institution qui exige seulement l'anglais. En fait, si l'on me demandait de donner le nom d'un seul psychologue exerçant en cabinet privé et susceptible de répondre aux besoins d'un client francophone, je ne pourrais pas en donner un seul, bien qu'il y en ait un qui a pris sa retraite il y a quelques années.

It is possible that there are some French-speaking MA-level school psychologists in the French school system, but school psychologists are not required to be registered with the regulatory college, so I have no direct information of their numbers.

Factors associated with limited French-language service in Manitoba are — I have four suggestions. Generally, the low number of psychology providers overall is a factor. The absence of a French-language psychology training program in the province. The primary and only training program for clinical psychologists in Manitoba is at the University of Manitoba, where I happen to work and is in English. The Université de Saint-Boniface has contemplated such a program, but this is at the very preliminary stage and the creation of such a program would be years away. As a result, the only French-speaking psychology providers who could practise in Manitoba would need to be trained out of the province.

Third, the Psychological Association and the regulatory college have too few staff and too small of a budget to actually offer regulation in French. We have an office but no full-time employees, only part-time contractors. Moreover, no PAM committee could conduct business in French. Any French-speaking provider would need to be regulated in English with the resources that we have currently available.

Fourth, the lack of a French-language, postdoctoral residency in Manitoba, and a residency is normally required to be registered as a psychologist. It might be possible to create a French-language rotation in the existing clinical psychology residency at the Department of Clinical Health Psychology, which is the hospital system. I believe one was offered in the past, but it would depend on an available French-speaking staff member.

The long-term solution, in my opinion, would be to support the development of a French-language clinical psychology training program at the Université de Saint-Boniface. Ideally, there would be two programs, one clinical and the other school psychology. It would probably be best for this to be a Doctor of Psychology, or PsyD program in order to simplify the research requirements and to orient graduates more to clinical practice. For reference, the University of Manitoba is a PhD program with a heavier research component. A PsyD would be quicker and easier to establish.

Second, to support the development of a French-language residency position in shared health. The caveat to this is that the capacity of the regulator college to regulate services solely within French would remain quite limited until such time as there is a critical mass of French-speaking psychologists who could serve as volunteers at a regulatory college to basically

Il est possible qu'il y ait quelques psychologues scolaires francophones, titulaires d'une maîtrise, dans le système scolaire francophone, mais les psychologues scolaires ne sont pas obligés d'être agréés par l'ordre de réglementation, et je n'ai donc aucune information directe sur leurs chiffres.

Les facteurs expliquant les services limités en français au Manitoba sont... j'ai quatre suppositions. Généralement, le faible nombre de psychologues en général est un facteur. L'absence de programmes de formation en psychologie en français dans la province. Le principal et unique programme de formation en psychologie clinique au Manitoba est offert à l'Université du Manitoba, où je travaille, et il est en anglais. L'Université de Saint-Boniface a envisagé d'offrir ce programme, mais il n'en est qu'à ses balbutiements, et la mise sur pied d'un tel programme exigera des années. Par conséquent, les seuls psychologues francophones qui pourraient exercer au Manitoba devraient être formés en dehors de la province.

Troisièmement, la Société de psychologie et l'ordre de réglementation ont trop peu de personnel et un budget trop limité pour proposer une réglementation en français. Nous avons un bureau, mais pas d'employés à temps plein, seulement des sous-traitants à temps partiel. De plus, aucun comité de la PAM ne pourrait mener ses travaux en français. Tout fournisseur francophone devrait être réglementé en anglais avec les ressources dont nous disposons actuellement.

Quatrièmement, l'absence d'un programme postdoctoral de résidence en français, au Manitoba; et les psychologues agréés doivent normalement avoir fait leur résidence. Il serait possible d'offrir une rotation, en français, une résidence en psychologie clinique au département de psychologie clinique, c'est-à-dire dans le système hospitalier. Je crois que c'était possible dans le passé, mais cela dépendrait de la disponibilité des membres du personnel francophones.

Selon moi, la solution à long terme serait de soutenir la création d'un programme de formation en psychologie clinique en français à l'Université de Saint-Boniface. Idéalement, il y aurait deux programmes, un en psychologie clinique et un autre en psychologie scolaire. Il serait probablement préférable pour cela que ce soit un programme de doctorat en psychologie, pour simplifier les exigences en matière de recherche et orienter davantage les diplômés vers la pratique clinique. À titre de référence, l'Université du Manitoba a un programme de doctorat avec une composante en recherche très importante. Un programme de doctorat en psychologie serait plus rapide et plus facile à établir.

Ensuite, il faut soutenir la création d'un poste de résident francophone dans les services communs de soins de santé. L'inconvénient, c'est que la capacité de l'ordre de réglementation à réglementer les services uniquement offerts en français resterait très limitée, tant qu'il n'y aura pas une masse critique de psychologues francophones qui pourraient travailler

regulate the practice in Manitoba. A possible shorter-term solution would be to increase access to French-language psychological services in Manitoba by permitting easier interprovincial telehealth by French-speaking psychologists from other provinces.

Since the pandemic, for obvious reasons, the practice of psychology has changed drastically by seeing a much higher volume of telepractice. Not all psychological services can be provided this way. For example, assessments are often better done in person, as is the treatment of children. But ordinary psychotherapy can frequently be conducted online.

In order to comply with provincial legislation, a psychologist providing services to a resident of Manitoba currently needs to be registered in Manitoba. Currently, we have four pathways for this to happen: Full registration via reciprocity legislation which permits full practice; temporary registration for 60 days; extended telepractice registration which offers someone outside of Manitoba to see a single client for up to a year which costs \$250; and a courtesy telepractice registration for 30 days which is free, which is basically a transitional registration.

I believe that some provinces, for example, Quebec and Nova Scotia, are open jurisdictions, wherein anyone registered in Canada can practise into their province. I am unclear how this is permitted under their legislation, because Manitoba's legislation is clear that the provider needs to be registered in Manitoba. However, it is possible that all provincial regulators could negotiate an easier mechanism for interprovincial telepractice. Perhaps something similar to the Psychology Interjurisdictional Compact, or PSYPACT, system in the U.S. could be possible. Note that PSYPACT does still require changes to state legislation. PSYPACT is a potential system that when you have it you can practise to another state via telepractice. I don't know the details of it but I know that it exists.

Alternatively, an interprovincial agreement, such as what was done for labour mobility, might be negotiated between the different provinces that could facilitate telepractice across provincial partners. I would caution that this would not allow for the full range of psychological services, as I mentioned earlier, but certainly would facilitate ease of psychotherapy services in French to residents of Manitoba. Those are my comments.

The Chair: Thank you so much, Dr. Wallbridge. We are ready for questions from the senators.

bénévolement pour l'ordre de réglementation pour essentiellement réglementer la pratique au Manitoba. Une solution possible à court terme serait donc d'accroître l'accès aux services de psychologie en français au Manitoba en permettant aux psychologues francophones des autres provinces d'offrir des services de télésanté.

Depuis la pandémie, pour des raisons évidentes, la pratique de la psychologie a beaucoup changé, puisque l'on constate que le volume de télépratique a beaucoup augmenté. Les services d'aide psychologique ne peuvent pas tous être fournis de cette façon. Par exemple, il est souvent préférable d'effectuer certaines évaluations en personne, comme dans le cas du traitement des enfants. Mais les psychothérapies ordinaires peuvent souvent être effectuées en ligne.

Pour se conformer aux lois provinciales, un psychologue offrant des services à un habitant du Manitoba doit actuellement être agréé au Manitoba. Actuellement, il y a quatre façons de procéder : l'agrément complet au moyen de la législation réciproque permettant l'exercice complet de la profession; l'agrément temporaire pour 60 jours; l'agrément prolongé pour la télépratique grâce auquel une personne en dehors du Manitoba peut voir un seul client pendant une période maximale de un an, qui coûte 250 \$; et l'agrément de courtoisie de 30 jours, pour la télépratique qui est gratuit et est essentiellement provisoire.

Je crois que certaines provinces, par exemple, le Québec et la Nouvelle-Écosse, sont des provinces ouvertes, où toute personne agréée au Canada peut pratiquer. Je ne sais pas comment cela est autorisé dans le cadre de leur loi, parce que la loi au Manitoba indique clairement que le fournisseur doit être agréé au Manitoba. Cependant, il serait possible que les organismes provinciaux de réglementation négocient la mise en place d'un mécanisme plus facile pour la télépratique entre les provinces. Quelque chose de similaire au système américain Psychology Interjurisdictional Compact, ou PSYPACT, pourrait être possible. Il convient de souligner que PSYPACT exige encore des changements des lois des États. PSYPACT est un système qui permettrait de pratiquer dans un autre État au moyen de la télépratique. Je ne connais pas les détails, mais je sais qu'il existe.

Par ailleurs, les provinces pourraient faciliter la télépratique entre partenaires provinciaux en négociant un accord interprovincial, comme on l'a fait pour la mobilité de la main-d'œuvre. Je tiens toutefois à souligner que cela ne permettrait pas d'offrir une gamme complète de services en psychologie, comme je l'ai dit plus tôt, mais cela faciliterait certainement l'accès des habitants du Manitoba à des services de psychothérapie en français. C'était mes commentaires.

Le président : Merci beaucoup, monsieur Wallbridge. Nous sommes prêts à passer aux questions des sénatrices et des sénateurs.

Senator Moncion: Thank you both for your comments. The first question I have is for Dr. Cohen. It is about the percentages you were presenting. You were saying that there are 96,000 vacancies, which is four times higher than 2016, and you were talking about the vacancies for nurses. The same applies to education, because there are vacancies in education. These are things that have been known for years. Because I was in the university environment. I was on a board at that time. We knew that in 2010 to 2020 we were going to start to have problems with doctors and with teachers. We are there now and we have the numbers that you are providing. Why?

Ms. Cohen: It is a really good question. Thank you for that. I think it is important to help you by positioning my organization and what we are here to do. I think this organization is new and just getting started but we really are about helping to establish the data foundation that allows for future planning. I don't think there is any question that people would acknowledge that inherently people had a sense for the fact that these were going to be challenges coming.

Perhaps one point to make, though, is we don't have a strong enough data foundation today to be able to forecast what we are going to need for tomorrow. Without numbers, it becomes difficult to make a compelling case.

Our organization is interested in both working with those data engines to improve the data, not just for doctors and nurses but, as our panellists talked about before, all of the different health workers so that we can, first of all, understand what we are working with today. But that's not enough. We have to understand the needs of the population as they will occur in 10 and 20 years from now and provide estimates of how many will be required. That will allow us to work with our own internal education systems to start to articulate the growth in seats. We will also be able to talk about how many internationally educated health providers we can or should ethically bring in, in what languages, and where, so we are working with numbers we can manage.

Senator Moncion: I think it is important information that needs to be provided, and there needs to be a plan worked on moving forward. I'm always disappointed with the lack of foresight that our system has in many aspects. Thank you.

My other question is to Mr. Wallbridge. You were saying some provinces have the willingness to let other physicians — or in this case I think it's psychologists — practise in multiple provinces. In your province you were saying that in Manitoba it is not there yet. What kind of effort has been put in place to get that to happen in your province?

La sénatrice Moncion : Merci à vous deux de vos remarques. Ma première question s'adresse à Mme Cohen. Elle concerne les pourcentages que vous avez donnés. Vous disiez qu'il y a 96 000 postes vacants, soit quatre fois plus qu'en 2016, et vous parliez des postes vacants en soins infirmiers. C'est la même chose dans le domaine de l'éducation, parce qu'il y a des postes vacants dans l'éducation. On le sait depuis des années. Je travaillais dans le milieu universitaire. Je siégeais à un conseil à cette époque-là. Nous savions que, de 2010 à 2020, nous allions commencer à avoir des problèmes avec les médecins et les enseignants. Nous y sommes, aujourd'hui, et nous avons vos chiffres. Pourquoi?

Mme Cohen : C'est une très bonne question. Je vous en remercie. Je pense qu'il est important de vous aider en présentant mon organisme et ce que nous voulons faire ici. Je pense que c'est un organisme nouveau qui n'en est qu'à ses débuts, mais nous voulons vraiment aider à établir une base de données qui permet de planifier l'avenir. Je ne pense pas qu'il y ait le moindre doute quant au fait que les gens savaient qu'il y aurait inévitablement des défis.

Toutefois, il convient peut-être de souligner que nous n'avons pas encore une base assez solide en matière de données, aujourd'hui, pour prévoir ce dont nous aurons besoin demain. Sans les chiffres, il est difficile de présenter des arguments convaincants.

Notre organisme veut travailler avec les établissements qui fournissent des données pour améliorer les données, non seulement pour les médecins et le personnel infirmier, mais également, comme les témoins ont dit plus tôt, pour tous les travailleurs de la santé, pour que l'on puisse d'abord comprendre avec quoi nous travaillons aujourd'hui. Mais ce n'est pas assez. Nous devons comprendre les besoins de la population dans les 10 à 20 prochaines années, et fournir des estimations sur le nombre qui sera nécessaire. Cela nous permettra de travailler avec nos propres systèmes de formation pour commencer à planifier l'augmentation du nombre de places. Et nous pourrions également parler du nombre de fournisseurs de soins formés à l'étranger que nous pouvons ou devrions faire venir, dans le respect de l'éthique, dans quelles langues, et où; nous travaillons donc avec des chiffres que nous pouvons gérer.

La sénatrice Moncion : Je crois qu'il s'agit d'informations importantes qui doivent être fournies et qu'il faut préparer un plan pour la suite. Je suis toujours très déçue du manque de prévoyance de notre système à plusieurs égards. Merci.

Mon autre question est pour M. Wallbridge. Vous nous avez dit que certaines provinces étaient prêtes à permettre à d'autres médecins — ou, dans ce cas-ci, je crois qu'il s'agit de psychologues — de pratiquer dans plusieurs provinces. Vous avez dit que dans votre province du Manitoba, cela n'est pas encore fait. Quels types d'efforts ont été déployés pour que cela se fasse dans votre province?

Mr. Wallbridge: I'm not sure how the other provinces manage to get permission to allow open practice into their jurisdiction. In the case here, if the Government of Manitoba said that's what we want you to do, then that's what I would do. So it would be dependent on basically provincial legislation or provincial approval. The regulators have worked recently. They meet and they have facilitated easier ways to provide telepractice across provincial borders, and the most recent memorandum of understanding about this was of a more limited scope either for special cases or shorter-term work. That was a preliminary step that was recently done. It had not evolved to a level higher than those that the provinces operated in, where anyone registered in Manitoba outside of Quebec could, say, practise into Quebec. That's not the case for us yet and for a few other jurisdictions. But if that's what the provincial government told us they wanted us to do, that's what would happen. Basically, the barrier to that is by complying with the legislation we require registration in Manitoba to provide a psychological service.

Senator Moncion: How much of a push has your association made to get more services for the francophone community? From what I understand, you only have about five psychologists who speak French, and I think you are unsure how many practice in French, what the actual need is, or what clientele they serve. I would say that's a little bit disturbing when you think that you have a pretty good francophone population in your province. They don't have the ability to get the training in your province. You don't provide access for psychologists outside of your province, so I would say it is limiting for francophones to even get the service.

Mr. Wallbridge: It is. Because we are a smaller jurisdiction, as the registrar I do have some flexibility to make decisions to, in a sense, register someone. I have done that in the past. If a person said to me that they were seeking a service that couldn't be obtained in Manitoba and they found a psychologist in another province who provided it, I could and I have permitted that psychologist to be registered in Manitoba for telepractice, basically using the extended telepractice registration mechanism.

I do that on a case-by-case basis when the question comes up. I would say we aren't flooded with requests for doing this, despite the fact that there is a modestly significant French-speaking population in Manitoba. Perhaps by the environment in which they existed for many years in terms of health care, they adapt to it rather than us, and so they normally get services that they wish in English because they are largely bilingual. That wouldn't be an available option for French-speaking immigrants, however. So, if it were the case where somebody only spoke French, or another language — not necessarily French — I have given permission for providers to

M. Wallbridge : Je ne suis pas certain de savoir comment les autres provinces ont obtenu la permission d'autoriser l'exercice interprovincial de la profession sur leur territoire. Dans le cas qui nous occupe, si le gouvernement du Manitoba nous disait que c'est ce qu'il souhaiterait, eh bien, nous le ferions. Donc, cela dépendra essentiellement des dispositions juridiques provinciales ou de l'approbation de la province. Les organismes de réglementation ont récemment mis la main à la pâte. Ils se sont réunis et ont trouvé des moyens de faciliter la télépratique interprovinciale, et le nouveau protocole d'entente à ce sujet limitait la portée de la pratique soit aux cas particuliers, soit au travail à court terme. Cette étape préliminaire a été franchie récemment. Cela ne va pas encore plus loin que le niveau provincial, et toute personne enregistrée au Manitoba, à l'extérieur du Québec, pourrait, par exemple, exercer sa profession au Québec. Ce n'est pas encore une réalité pour nous et pour quelques autres administrations. Mais si c'est ce que le gouvernement provincial nous disait de faire, c'est ce qui se produirait. Essentiellement, le problème, c'est que, pour respecter la loi, l'inscription au Manitoba est obligatoire pour qui veut fournir des services en psychologie.

La sénatrice Moncion : À quel point votre association a-t-elle fait pression pour obtenir plus de services pour la communauté francophone? Si je comprends bien, vous avez seulement cinq psychologues environ qui parlent français, et je crois que vous ne savez pas combien exercent leur profession en français, quels sont les besoins réels ou quelle est leur clientèle. Je dirais que c'est quelque peu troublant compte tenu du nombre non négligeable de francophones dans votre province. Ils ne peuvent pas suivre une formation dans votre province. Vous ne donnez pas accès à des psychologues à l'extérieur de votre province, donc, selon moi, cela limite les services que les francophones peuvent obtenir.

M. Wallbridge : C'est vrai. Puisque nous sommes une plus petite administration, en tant que registraire, je jouis d'une certaine flexibilité pour agréer une personne. Je l'ai déjà fait dans le passé. Si une personne me disait qu'elle avait besoin d'un service qui n'est pas offert au Manitoba et qu'elle a trouvé un psychologue dans une autre province qui pouvait le fournir, je pourrais, et je l'ai déjà fait, permettre au psychologue de s'inscrire au Manitoba pour la télépratique, en utilisant le mécanisme d'agrément pour la télépratique hors province.

Lorsque la question se pose, je l'analyse au cas par cas. Je dirais que nous ne croulons pas sous les demandes de ce genre, en dépit de la taille non négligeable de la population francophone au Manitoba. Peut-être qu'en raison de l'environnement des soins de santé dans lequel les francophones évoluent depuis de nombreuses années, ce sont eux qui s'adaptent et pas nous, et ils obtiennent habituellement les services nécessaires en anglais puisqu'ils sont majoritairement bilingues. Toutefois, ce ne serait pas une option disponible pour les immigrants francophones. Donc, s'il arrive qu'une personne parle seulement français, ou une autre langue — pas nécessairement le français —, j'ai donné

provide services in other languages if they found somebody in another jurisdiction. I just decided to offer that when it was requested.

Senator Moncion: Thank you.

The Chair: I want to make sure that I understood well. It means you are not proactive in terms of French services unless somebody is asking for it. Is that what I hear? You are saying that francophones do not really ask for that service because they can manage in both official languages?

Mr. Wallbridge: That has been my experience, yes. I mean, partly the issue has not come up because there simply aren't that many providers in French where we are being asked to identify them or to regulate them because the numbers are so small. When someone wishes for services in French, it is either they find the service in English because they are bilingual, or if that wasn't the case, if they approached me and asked me if I found a way — and I have had a couple of cases where this happened — the person found a provider in another jurisdiction, I basically permitted this to happen for telepractice, but the numbers are small.

The Chair: Thank you for that answer.

Senator Aucoin: I'll continue with Dr. Wallbridge.

[*Translation*]

What can the federal government do to encourage the creation of a French-language program to increase the number of clinical psychologists who can practice in French in Manitoba and to remedy the problem of the lack of services provided by francophone psychologists in Manitoba? There is no active offer to francophones because you have few psychologists who are able to work in French.

[*English*]

Mr. Wallbridge: I think the proposal or the idea proposed by the Université de Saint-Boniface to develop a French-language clinical psychology program is something worth pursuing. On a smaller scale, I think facilitating a rotation within the internship in the hospital system would be another potential route. I think the other major pathway would be to look at mechanisms such as PSYPACT, or something like that, a similar agreement as labour mobility legislation, to facilitate interjurisdictional practice, particularly if you have providers in minority languages, not just French and English but in other languages as well. If you could have someone in New Brunswick who could provide services in Tagalog, that might be useful for a person living in B.C. if there was a way to facilitate interjurisdictional practices, particularly to facilitate this kind of question of access to language. There is the homegrown developing the system within Manitoba to

la permission aux fournisseurs de fournir leurs services dans une autre langue, s'ils trouvaient quelqu'un dans une autre province. J'ai simplement décidé de l'offrir lorsque cela était demandé.

La sénatrice Moncion : Merci.

Le président : Je veux être certain d'avoir bien compris. Vous n'êtes pas proactif lorsqu'il est question d'offrir des services en français, vous l'êtes seulement si quelqu'un en fait la demande. Est-ce que j'ai bien compris? Vous dites que les francophones ne demandent pas ce service parce qu'ils comprennent les deux langues officielles?

M. Wallbridge : C'est ce que j'ai observé, oui. La question ne s'est tout simplement pas posée, car il y a peu de fournisseurs de services francophones qui nous ont demandé de les reconnaître ou de les agréer. Lorsque quelqu'un souhaite obtenir un service en français, il peut l'obtenir en anglais s'il est bilingue, ou, si ce n'est pas le cas, il peut me demander si j'ai trouvé une manière — et c'est déjà arrivé deux ou trois fois —, s'il a trouvé un fournisseur de service dans une autre province, je l'ai essentiellement autorisé pour la télépratique, mais c'est un nombre négligeable.

Le président : Merci de la réponse.

Le sénateur Aucoin : J'ai des questions pour M. Wallbridge.

[*Français*]

Que peut faire le gouvernement fédéral pour favoriser la création d'un programme en français afin d'augmenter le nombre de psychologues cliniques qui peuvent pratiquer en français au Manitoba et de remédier au problème du manque de services offerts par des psychologues francophones au Manitoba? En effet, il n'y a pas d'offre active auprès des francophones, car vous avez peu de psychologues qui sont capables de travailler en français.

[*Traduction*]

M. Wallbridge : Je crois que la proposition ou devrais-je dire l'idée de l'Université de Saint-Boniface de créer un programme de psychologie clinique en français est intéressante. À petite échelle, je crois que faciliter la rotation des stages dans le système hospitalier serait une autre voie possible. Je crois que l'autre grande voie à suivre serait d'examiner des mécanismes comme PSYPACT, ou quelque chose du genre, une entente semblable à la loi sur la mobilité de la main-d'œuvre, afin de faciliter la pratique interprovinciale, en particulier pour les fournisseurs qui offrent leurs services dans la langue de la minorité, pas seulement en français ou en anglais, mais en d'autres langues également. S'il y avait au Nouveau-Brunswick une personne qui fournit des services en tagalog, cela pourrait être utile pour une personne vivant en Colombie-Britannique, s'il y avait un moyen de faciliter les pratiques interprovinciales, en

provide French-speaking psychologists who are trained in and wish to live in Manitoba, and ultimately I think that would be a great move. Short of that, but also to provide maximum flexibility, I think looking at mechanisms to increase interjurisdictional telepractice with the caveat that there are some psychological services that simply cannot be delivered that way because you need to be in the same room with the person. But nevertheless many could be provided via telepractice.

[Translation]

Senator Aucoin: I'm not sure if I got an answer to my question, which was what the federal government can do and if you have any suggestions as to how the government could help in this area.

My next question will be for Ms. Cohen.

[English]

Mr. Wallbridge: I didn't identify the response of the federal government because the government that is the greatest in my mind is the provincial government, because that's the one that writes the legislation that I need to use. There has been talk of a national standard for psychology licensure in Canada. One of the features of psychology is that there's a lot of divergence in terms of what the educational credentials are for psychologists, whether it's a master's degree or a doctorate. To some extent, the issue has been solved with labour mobility legislation, where we basically accept masters and doctoral level psychology providers in Manitoba. That was done by interprovincial government negotiation.

What could the federal government do directly? I'm not that sure. There's certainly funding for post-secondary institutions that could be very powerful. One of the reasons why the number of graduates in Clinical Psychology in English at the University of Manitoba is on the lower side has to do with the amount of funding the university receives to provide training. Of course, that's provincially directed as well.

I'd have to really think a little bit about what the federal government could do to facilitate this. So many times the fingers that are pulling the strings with respect to the regulation of psychology and provincial services are provincial, so I am not immediately sure what the federal government would do.

[Translation]

Senator Aucoin: Thank you, Mr. Wallbridge.

Ms. Cohen, I am flabbergasted by the statistics, as it has often been said that there is a shortage of nurses and that people are working overtime. However, we see that only 10% of this workforce is foreign-trained, compared with 35% of pharmacists.

particulier pour faciliter ce genre de question d'accès dans une langue donnée. Le développement interne du système au Manitoba pour offrir accès à des psychologues francophones qui sont formés dans la province et souhaitent y vivre, c'est une excellente idée. Sinon, pour offrir un maximum de flexibilité, je crois qu'il faudrait examiner des mécanismes permettant d'augmenter la télépratique interprovinciale, sauf pour certains services psychologiques qui ne peuvent pas être offerts de cette manière, quand il est nécessaire d'être dans la même pièce que le patient. Néanmoins, beaucoup de ces services pourraient être offerts grâce à la télépratique.

[Français]

Le sénateur Aucoin : Je ne suis pas certain d'avoir eu une réponse à ma question, qui était de savoir ce que peut faire le gouvernement fédéral et si vous avez des suggestions quant à la façon dont le gouvernement pourrait aider dans ce domaine.

Ma question suivante s'adressera à Mme Cohen.

[Traduction]

M. Wallbridge : Je n'ai pas parlé de la réponse du gouvernement fédéral puisque le gouvernement qui est le plus important à mes yeux est le gouvernement provincial, parce que c'est lui qui écrit les lois dont j'ai besoin. On a parlé d'adopter une norme nationale sur l'agrément des psychologues au Canada. L'une des caractéristiques de la psychologie, c'est la mésestimation au sujet des diplômes en psychologie, qu'il s'agisse d'une maîtrise ou d'un doctorat. Le problème a été résolu dans une certaine mesure grâce à la loi sur la mobilité de la main-d'œuvre, et nous acceptons, au Manitoba, les psychologues qui ont une maîtrise ou un doctorat. Cela a été possible grâce aux négociations entre les gouvernements provinciaux.

Qu'aurait pu faire directement le gouvernement fédéral? Je ne sais pas vraiment. Il est certain que le financement des institutions postsecondaires ferait une grande différence. Une des raisons pour lesquelles il y a si peu de diplômés en psychologie clinique, en anglais, à l'Université du Manitoba, est le financement que reçoit l'université pour la formation. Bien sûr, cela vient encore de la province.

Je devrais réfléchir un peu avant de dire comment le gouvernement fédéral pourrait faciliter cela. La plupart du temps, c'est le gouvernement provincial qui dicte la réglementation en lien avec les services de psychologie et les services provinciaux, donc je ne vois pas ce que le gouvernement fédéral pourrait faire.

[Français]

Le sénateur Aucoin : Merci, monsieur Wallbridge.

Madame Cohen, je suis estomaqué par les statistiques, car on a souvent affirmé qu'il manquait de personnel infirmier et que les gens faisaient des heures supplémentaires. Cependant, on constate que seulement 10 % de cette main-d'œuvre est formée à

This means that there is a disconnect somewhere, which means that more nurses are not being accepted.

You say that we don't yet have all the statistics and that, once we do, it will be possible to make representations to the government. Aren't you doing the same thing that Senator Moncion alluded to, namely that 10 or 20 years ago we already knew that there would be a nursing shortage today?

If it takes you 5 to 10 years to gather the statistics you'll need to convince the government, we'll be at another stage and we still won't be meeting workforce needs 30 years from now.

Is there anything you can do with the federal government, with the data you have right now, to move these issues forward that are so important to the health of Canadians?

[English]

Ms. Cohen: Thank you for that. You're right: Data is expensive, and it takes a long time. So our position is that we need some short-term approaches that complement the long term. This is a long game for us. This is not a sprint; this is a marathon. Our health workforce challenges will be with us for some time. Part of our objective is to work with our data partners to really expand the data foundation over the long haul.

In the short term is where I mentioned the data dashboards that I put in the talk. The data that we have in this country is fragmented; it's all over the place and difficult to find. The Canadian Institute for Health Information has some, Statistics Canada has others. There are data pieces, but you really need to know where to look. So our dashboard, as a starting point — and we put this dashboard together in about three months, just as a start — we will build it over time — is to put it all in one place. Because once you see it all together, you see the numbers are staggering. That's what compels not just the federal government but the provincial and territorial governments, and the many other actors, to do something.

What can the federal government do? I wanted to point out that the federal government, in February 2023, announced in their budget a significant investment of \$500 million in data initiatives. Of that, our organization was born. We're very small. We are a total of, I think, \$20 million of the \$500 million, so it's a very modest investment. We're a tiny organization, but other organizations were given dollars and compelled to advance their data foundation.

l'étranger, comparativement à 35 % de pharmaciens. Cela signifie qu'il y a quelque part une déconnexion qui fait en sorte qu'on n'accepte pas plus de personnel infirmier.

Vous dites que nous ne disposons pas encore de toutes les statistiques et que lorsqu'on les aura, il sera possible de faire des démarches auprès du gouvernement. N'êtes-vous pas en train de faire la même chose que ce que disait la sénatrice Moncion, à savoir qu'il y a 10 ou 20 ans, on savait déjà qu'on vivrait aujourd'hui une pénurie de personnel infirmier?

S'il vous faut de 5 à 10 ans pour recueillir les statistiques dont vous aurez besoin pour convaincre le gouvernement, on en sera à une autre étape et on ne répondra toujours pas aux besoins en matière de main-d'œuvre dans 30 ans.

Est-ce qu'il y a quelque chose que vous pouvez faire auprès du gouvernement fédéral, avec les données que vous avez à l'heure actuelle, pour faire avancer ces dossiers si importants pour la santé des Canadiens?

[Traduction]

Mme Cohen : Merci de la question. Vous avez raison : la collecte de données est dispendieuse et chronophage. Notre point de vue est que nous devons avoir des approches à court terme qui complètent le long terme. C'est un projet de longue haleine. Ce n'est pas un sprint; c'est un marathon. Les défis touchant les travailleurs de la santé dureront encore un certain temps. L'un de nos objectifs est de travailler avec nos partenaires des données pour étendre la base de données à long terme.

Pour ce qui est du court terme, il y a les tableaux de bord de données que j'ai mentionnés. Les données que nous avons au Canada sont fragmentées; elles sont dispersées et difficiles à trouver. L'Institut canadien d'information sur la santé en a, Statistique Canada en a d'autres. Les données existent, mais vous devez vraiment savoir où chercher. Notre tableau de bord est donc un point de départ — et il sera monté plus ou moins trois mois, à titre d'ébauche — nous le compléterons au fil du temps —, et il nous permettra de mettre toutes les données à un seul endroit. Parce que lorsque l'on voit toutes les données ensemble, c'est stupéfiant. C'est ce qui poussera non seulement le gouvernement fédéral, mais également les gouvernements provinciaux et territoriaux et les nombreux autres acteurs, à agir.

Que peut faire le gouvernement fédéral? Je voulais souligner que le gouvernement fédéral a annoncé en février 2023, dans son budget, un important investissement de 500 millions de dollars dans des initiatives de données. C'est de là qu'est né notre organisme. Il est très petit. Je crois que nous avons reçu 20 millions sur les 500 millions de dollars, donc c'est un investissement très modeste. Notre organisme est minuscule, mais d'autres organismes ont reçu du financement spécifiquement pour améliorer leurs bases de données.

So the second thing we're going to do is that we're going to immediately start to work with these groups to create a data strategy, because you can't create a plan without having all your players at the table. Just today, we met with the CIHI, ESDC and Statistics Canada to initiate the foundation for the creation of a data strategy. Those data strategies will actually be informed by the priority information needs of tomorrow as well as today, and we'll create a plan to get there.

[Translation]

Senator Mégie: I'll also ask you my questions in French, Ms. Cohen.

Is your data collected at the national level or by province?

[English]

Ms. Cohen: Most data sources are broken down by province. It depends upon where the data come from. So CIHI will generally have the pan-Canadian numbers as well as the provincial number. We produce those in our dashboard today. For us, our goal is to not just be at the provincial and territorial level, but to go to a smaller area than that. We'd like to be able to produce a regional level analysis to get us toward things around rural and remote communities that are part of a province but very different from the urban centres. That's part of the next iteration of our dashboard, and we'll be releasing region level statistics on those dashboard by the end of this fiscal year.

[Translation]

Senator Mégie: Do you get your data from Statistics Canada or do you take it from different sources and then work with Statistics Canada? How is your data collected?

[English]

Ms. Cohen: The Canadian Institute for Health Information and Statistics Canada actually collect the data. We're so small that we will not become a new data engine for the country; we have investments there. They will improve their data, and we consolidate all of that data into meaningful dashboards that are easy to use so you don't need a PhD in Epidemiology to understand what you're looking at.

Right now, we have our wonderful organizations like these, but they list our data in data tables and many things, and you're just looking at a sea of numbers. What we're doing is to pull this information together so you can interact with this dashboard in a visual way to see how many overtime hours are being worked and so on.

La deuxième chose que nous allons donc faire, c'est de commencer immédiatement à travailler avec des groupes afin de créer une stratégie de données, parce qu'il est impossible d'élaborer un plan si les joueurs ne sont pas tous présents à la table. Aujourd'hui seulement, nous avons rencontré l'ICIS, ESDC et Statistique Canada pour jeter les bases d'une stratégie de données. Cette stratégie sera fondée sur les besoins primordiaux en information, de demain et aussi d'aujourd'hui, et nous dresserons un plan pour y arriver.

[Français]

La sénatrice Mégie : Je vais vous poser mes questions en français aussi, madame Cohen.

Vos données sont-elles recueillies à l'échelle pancanadienne ou par province?

[Traduction]

Mme Cohen : La plupart des sources de données sont divisées par province. Cela dépend de la source de données. Donc, l'ICIS a généralement les données pancanadiennes ainsi que les données provinciales. Nous les produisons aujourd'hui sur notre tableau de bord. Notre but n'est pas de nous arrêter à l'échelon provincial et territorial, mais d'aller dans des zones plus petites. Nous aimerions pouvoir effectuer des analyses à l'échelon régional pour mieux connaître les collectivités rurales et éloignées qui font partie de nos provinces, mais qui sont très différentes des grandes villes. Cela fait partie de la prochaine mise à jour de notre tableau de bord et nous publierons des statistiques régionales d'ici la fin de l'exercice.

[Français]

La sénatrice Mégie : Tirez-vous vos données de Statistique Canada ou les prenez-vous de différentes sources pour travailler ensuite avec Statistique Canada? Comment se fait le recueil de vos données?

[Traduction]

Mme Cohen : L'Institut canadien d'information sur la santé et Statistique Canada recueillent des données. Notre organisme est si petit que nous ne pouvons pas être un nouveau générateur de données pour le pays; nous avons investi là-dedans. Ils vont améliorer leurs données, et nous allons consolider toutes ces données dans un tableau de bord concret et convivial pour permettre à tous, et pas seulement ceux qui ont un doctorat en épidémiologie, de le comprendre.

Présentement, nous avons des organismes fantastiques comme ceux-là, mais ils présentent nos données sous forme de tableaux, par exemple, nous nous retrouvons devant une mer de chiffres. Ce que nous faisons, c'est de rassembler cette information pour vous permettre d'interagir avec le tableau de bord et d'avoir une représentation visuelle, par exemple, du nombre d'heures supplémentaires travaillées.

[Translation]

Senator Mégie: Here is my last question.

Do you expect the organizations that need your data to consult you or, on seeing a catastrophic figure, will you act as a whistleblower and tell them that things are not going well with their organization?

[English]

Ms. Cohen: In terms of our goal, we're very new — only 10 months old, so we're just getting started — but when we built the dashboards and put them up, within a very short of time, we could check by the number of web hits that people were just looking at the data and information. We've been out on a bit of a provincial and territorial roadshow to each of the provinces — the ministries of health and those who work in health and human resources — to show them the data consolidated. So far, the provinces and territories we've spoken to have been delighted. They themselves don't see this overview; they have their provincial information and don't necessarily see the whole piece.

It might be in the future that we can say, "Here is a red flag, and we're anticipating we're going to have a problem for tomorrow," but right now, we're creating the foundation so that everyone can see the information and work together collaboratively to start to create those solutions.

The Chair: I have a complementary question, Dr. Cohen. You're a small organization, but do you plan to be proactive in the dissemination of the data? There are governments, but there are also organizations that would appreciate being able to receive that information. So how — what is your planning with that?

Ms. Cohen: Thank you for that question. It's a big part of our work. It's not enough to just have data. You need people to know it's there and to use it. We have a pillar in our strategic plan about convening the network of networks. There are many actors in this system. We have the federal, provincial and territorial governments; employers; professional associations; regulators; unions; researchers; patients; caregivers and so on. We've been talking to all of them, and all of them are asking for information. They're asking for data. It's the thing they're all crying for, and that's why we decided to start where we did.

So, in a month from now, we're actually holding our first conference, an action symposium, in Montréal, and we will be hosting it so that it's accessible both virtually and in person. The goal of the action symposium is not to talk about all the

[Français]

La sénatrice Mégie : Ma dernière question est celle-ci.

Vous attendez-vous à ce que les organismes qui ont besoin de vos données vous consultent ou si, à la vue d'un chiffre catastrophique, vous allez agir en donneur d'alerte et leur dire : « Ça ne fonctionne pas chez vous »?

[Traduction]

Mme Cohen : Pour ce qui est de notre but, notre organisme est encore très jeune — il a seulement 10 mois, il en est à ses premiers balbutiements —, mais, lorsque nous avons bâti les tableaux de bord et les avons mis en ligne, nous avons très rapidement constaté, étant donné le nombre de visiteurs, que les gens ne faisaient que regarder les données et les informations. Nous avons fait une tournée des provinces, des ministères de la Santé et des responsables de la santé et des ressources humaines, pour leur montrer les données consolidées. Jusqu'à présent, les provinces et les territoires auxquels nous avons parlé sont très satisfaits. Ils n'ont eux-mêmes pas accès à cette vue d'ensemble; ils détiennent seulement les informations relatives à leur province et ne voient pas nécessairement l'œuvre dans son ensemble.

Plus tard, nous pourrions peut-être dire : « voilà un signal d'alarme et nous prévoyons qu'il y aura un problème demain », mais, pour le moment, nous jetons les bases pour que tout le monde puisse voir l'information et collaborer pour trouver des solutions.

Le président : J'ai une autre question pour vous, madame Cohen. Vous êtes un petit organisme, mais prévoyez-vous être plus proactif dans la dissémination de données? Les gouvernements et d'autres organismes aussi apprécieraient de recevoir cette information. Donc, comment... quel est votre plan pour cela?

Mme Cohen : Merci de la question. C'est une bonne partie de notre travail. Avoir en main ces données ne suffit pas. Les gens doivent savoir qu'elles sont là et savoir comment les utiliser. L'un des piliers de notre plan stratégique est de former un réseau de réseaux. Le système compte de nombreux acteurs. Il y a les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux; les employeurs; les associations professionnelles; les organismes de réglementation; les syndicats; les chercheurs; les patients; les fournisseurs de soins; et ainsi de suite. Nous avons communiqué avec toutes ces personnes et elles demandent toutes des informations. Elles veulent des données. C'est la chose qu'elles réclament toutes, et c'est pourquoi nous avons décidé de commencer là où nous l'avons fait.

Dans un mois, nous tiendrons notre première conférence, un colloque axé sur les solutions, à Montréal, pour des participants à distance et en personne. Le but du colloque n'est pas de discuter de tous les problèmes, de comptabiliser les chiffres et de les

problems and count numbers and just put them out there, but to put all of those people that I just mentioned in a virtual room or in a physical room together to start talking about action. What are we going to do differently for tomorrow?

The Chair: Will it happen in both official languages?

Ms. Cohen: It will.

The Chair: Great. Thank you for that.

[*Translation*]

Senator Audette: The federal government has been creating organizations like yours for several decades. We've noticed over time — whether it's for Indigenous peoples or on important issues that affect Canada as a whole — that services are often provided in English. I really appreciate the fact that you are making the effort to provide them in both French and English.

In your official mandate and since your organization was created, I see that you are making an effort for First Peoples. You have two First Nations doctors on your board of directors, as well as a Quebecer from the Université de Montréal. Is there a paragraph or anything that confirms that you absolutely must have French-speaking voices within your organization, not only from Quebec, but from other territories or regions?

Do you have a mandate to ensure that in your data you always see what the place of the francophone minority community is across Canada, so that we can see those numbers? If not, it could be a recommendation. I'm not trying to influence you. However, when we create national organizations, don't you think that the federal government should make sure that there are spaces in the bill, in the organization, in the governance of the organization, for francophone minority communities?

[*English*]

Ms. Cohen: Thank you. For our organization, we are actually just about to release our strategic plan, so it's being reviewed by our board at the moment.

In terms of what our strategic plan and mandate compel us to do, we have four strategic pillars. The first is to convene this network of networks that I just mentioned. The second is to work toward enhancing that data foundation. The third is actually to work across the system to catalyze the modelling and forecasting capacity, so we'll know what we need 4 or 20 years from now. The fourth thing is knowledge translation to action, and that is really about celebrating all of the innovations that are happening across the country and identifying what is working and what is not on a variety of topics.

publier, mais de réunir tous les gens que je viens de mentionner dans une salle virtuelle ou réelle pour amorcer les discussions sur les mesures à prendre. Que ferons-nous différemment dans l'avenir?

Le président : Est-ce que le colloque se tiendra dans les deux langues officielles?

Mme Cohen : Oui.

Le président : C'est très bien. Je vous en remercie.

[*Français*]

La sénatrice Audette : Le gouvernement fédéral crée des organisations comme la vôtre depuis plusieurs décennies. On remarque avec le temps, que ce soit pour les Autochtones ou sur des enjeux importants qui touchent le Canada en entier, que les services sont beaucoup offerts en anglais. J'apprécie beaucoup que vous fassiez l'effort de les offrir en français et en anglais.

Dans votre mandat officiel et depuis que votre organisation a été créée, je constate que vous faites un effort pour les Premiers Peuples. Vous avez deux membres médecins issus des Premières Nations au sein de votre conseil d'administration ainsi qu'un Québécois de l'Université de Montréal. Y a-t-il un paragraphe ou autre chose qui confirme que vous devez absolument avoir des voix francophones au sein de votre organisation, non seulement du Québec, mais d'autres territoires ou d'autres régions?

Avez-vous le mandat de vous assurer dans vos données de toujours voir quelle est la place de la communauté francophone en situation minoritaire partout au Canada, afin que l'on puisse voir ces chiffres? Sinon, ce pourrait être une recommandation. Je ne veux pas vous influencer. Cependant, lorsqu'on crée des organisations nationales, ne pensez-vous pas que le gouvernement fédéral devrait s'assurer qu'on a des espaces dans le projet de loi, dans l'organisation, dans la gouvernance de l'organisation, pour les communautés francophones en situation minoritaire?

[*Traduction*]

Mme Cohen : Merci. D'ailleurs, notre organisme est sur le point de publier son plan stratégique, que notre conseil révisé présentement.

Pour ce qui est des exigences de notre plan stratégique et de notre mandat, nous avons quatre piliers stratégiques. Le premier est d'établir le réseau de réseaux dont je viens tout juste de parler. Le deuxième est d'élargir la base de données. Le troisième est, en fait, de travailler à l'échelle du système pour catalyser les capacités de modélisation et de prévision, ce qui nous permettra de connaître nos besoins dans 4 ou 20 ans. Le quatrième est de traduire les connaissances en mesures concrètes, ce qui suppose de saluer les innovations qui voient le jour partout au Canada et de cerner ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas pour un large éventail de sujets.

So those are our major pillars, and it's underpinned by a desire and need to support equity-deserving populations and very much to support First Nations, Inuit and Métis people and truth and reconciliation. That is the frame. Do we have something that compels us to reflect francophones in particular? No, we do not. However, it is very much part of our fundamental philosophy that population needs-based planning means understanding the needs of minority individuals, francophone or other minorities, and working toward achieving health for all, and that means having different solutions for minority populations than for the majority. We're interested in looking across that broad landscape and making sure that we have the health workforce solutions which address not just urban centres, for example, but rural and remote; not just settler-based populations, but for Indigenous populations as well; as well as the francophone and anglophone communities.

[Translation]

Senator Audette: Thank you very much. I understand that, but unconscious biases exist. If we sit around a table and we all speak the same language, if the francophone representative isn't there, we think we're doing the right thing and forget about it. Don't you think it's important, as soon as an organization is set up, to make sure it gets off to a good start, that the foundation is solid and that it ensures representation, and therefore responsibility? I can forget about anglophones if I'm surrounded by francophones. When I have an obligation or a responsibility, I have to check everything, including the women and members of the francophone community. When creating future organizations, shouldn't we make sure to include a strong and present francophone community?

[English]

Ms. Cohen: I don't really feel that that's within my purview to make a recommendation along those lines. It does make sense. From a philosophical perspective, you never want to have a lone voice at the table in any context. I mean, that's very true of an Indigenous individual at a table as well, where you do not have cultural safety, and you want to create a safe space for all. But I don't know that I could necessarily comment on that as a recommendation to the federal government.

Senator Audette: Thank you very much.

Senator Clement: Thank you both for being here. I'll ask my question and then engage with Dr. Wallbridge, but I'll ask you the question and come back to you.

The question I have for you is about your network of networks that you were describing to Senator Audette. I'm interested in smaller organizations that work with intersectionality. Those are often served by smaller organizations, like the interdisciplinary group at the University of Ottawa which works on Black-health

Ce sont nos principaux piliers, qui reposent sur le désir et le besoin de soutenir les populations méritant l'équité et visent vraiment à soutenir les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis ainsi que les efforts de réconciliation et de vérité. C'est notre cadre. Y a-t-il quelque chose qui nous encourage à refléter les besoins des francophones, en particulier? Non. Toutefois, selon notre philosophie fondamentale, la planification fondée sur les besoins de la population exige de comprendre les besoins des personnes en situation minoritaires, des francophones et des autres groupes minoritaires, et de travailler pour assurer la santé de tous, ce qui nécessite des solutions pour les groupes minoritaires différentes de celles pour les groupes majoritaires. Nous désirons faire un tour d'horizon et nous assurer que les solutions pour les travailleurs de la santé sont adaptées aux grandes villes, par exemple, mais aussi aux régions rurales et éloignées; aux populations allochtones, mais aussi aux populations autochtones; et également aux communautés francophones et anglophones.

[Français]

La sénatrice Audette : Merci beaucoup. Je comprends cela, mais il y a les biais inconscients. Si on se retrouve autour d'une table et si on parle tous la même langue, si le représentant francophone n'est pas là, on pense bien faire et on oublie. Ne pensez-vous pas qu'il serait important, dès la création d'une organisation, de s'assurer d'un bon départ, que la fondation est solide et qu'elle assure une représentation, donc une responsabilité? Moi, je peux oublier les anglophones si je suis entourée de francophones. Quand j'ai une obligation ou une responsabilité, cela m'oblige à tout vérifier, dont les femmes et les membres de la communauté francophone. Pour la création des prochaines organisations, ne devrait-on pas s'assurer d'inclure une communauté francophone forte et présente?

[Traduction]

Mme Cohen : Je ne crois pas qu'il est de mon ressort de formuler des recommandations à ce sujet. Cela a du sens. D'un point de vue philosophique, personne ne veut qu'il y ait une voix isolée à la table, peu importe le contexte. C'est valable lorsqu'une personne autochtone est présente à la table, et qu'il n'y a pas de sécurité culturelle, et que vous souhaitez créer un espace sûr pour tous. Mais je ne crois pas que je pourrais présenter cette recommandation au gouvernement fédéral.

La sénatrice Audette : Je vous remercie.

La sénatrice Clement : Merci à vous deux d'être ici. Je vais poser ma question et discuter avec M. Wallbridge, mais je vais vous poser une question et y revenir plus tard.

Ma question concerne le réseau de réseaux que vous avez décrits à la sénatrice Audette. Je m'intéresse aux petits organismes qui ont une approche intersectionnelle. Ils sont souvent appuyés par de plus petits organismes, comme le groupe interdisciplinaire à l'Université d'Ottawa qui travaille sur des

issues. Collecting data is expensive. It's hard to analyze. So I wonder how your organization is reaching out to smaller organizations who would really provide interesting data for smaller communities.

How do you plan to work with small groups, and how do you see your organization ten years from now? I know you're going to release the strategic plan, but I'm trying to figure out what your goals are for a longer term.

I'll engage first, though, with Dr. Wallbridge.

[*Translation*]

I really like Manitoba.

[*English*]

I am a senator from Ontario, but —

Mr. Wallbridge: I think this is more of a question for Dr. Cohen, because I am the regulator. She is involved with the organization that is collecting data.

Senator Clement: Sorry. That question is for Dr. Cohen, and I'm going to get back to her. I'm going to engage with you about Manitoba.

Mr. Wallbridge: Okay.

Senator Clement: I'm just saying that my mother was a Franco-Manitoban, a graduate of the University of Manitoba. It sounds like your province has a lack of services in French for psychological services, and I wonder if you know if there are poorer health outcomes because of that for francophones in your province. Oftentimes, my experience, *comme francophone*, is if we can't get the service, we'll find ways to get it. Just because we're not asking for it doesn't mean that we don't need it. So I'm just wondering if you're aware of that, poorer outcomes.

Then the other thing is, coming back to the need for francophone services, are you working to recognize foreign trained social workers? Are you using the Express Entry program? Are you trying to recruit international social workers to be able to provide services in French in your province?

Mr. Wallbridge: I'm not sure about social workers because, of course, I'd only be focusing on the regulation of psychologists. We don't reach out to them. What will happen is that someone will inquire of us how to become registered in Manitoba, and I would provide them with information about how to do that. We use a national credentialing portal that is supported by the Association of Canadian Psychology

questions liées à la santé des personnes noires. La collecte de données est dispendieuse. Elles sont difficiles à analyser. Je me demande donc comment votre organisme fait pour sensibiliser les plus petits organismes qui fourniraient réellement des données intéressantes sur les petites communautés.

Comment prévoyez-vous travailler avec les petits groupes, et comment imaginez-vous votre organisme dans 10 ans? Je sais que vous allez publier le plan stratégique, mais j'essaie de comprendre quels sont vos objectifs à long terme.

Je vais d'abord discuter avec M. Wallbridge.

[*Français*]

J'aime beaucoup le Manitoba.

[*Traduction*]

Je suis une sénatrice de l'Ontario, mais...

M. Wallbridge : Je crois qu'il serait plus pertinent de poser cette question à Mme Cohen, car je travaille pour la réglementation. Elle travaille pour l'organisme qui collecte les données.

La sénatrice Clement : Je suis désolée. La question s'adresse à Mme Cohen et je vais revenir à elle plus tard. J'aimerais discuter avec vous du Manitoba.

M. Wallbridge : D'accord.

La sénatrice Clement : Je dis simplement que ma mère était une Franco-Manitobaine diplômée de l'Université du Manitoba. J'ai l'impression que votre province a des lacunes en matière de services en psychologie en français et je me demandais si vous avez observé que cela avait une incidence négative sur les résultats en santé des francophones de votre province. Très souvent, mon expérience, *comme francophone*, c'est que si nous ne pouvons pas obtenir un service, nous trouverons un autre moyen de l'obtenir. Ce n'est pas parce que nous n'en faisons pas la demande, qu'ils ne sont pas nécessaires. Je me demandais si vous étiez au courant de ces résultats négatifs possibles.

Mon autre question, pour revenir au besoin de services en français : est-ce que vous travaillez pour reconnaître les travailleurs sociaux formés à l'étranger? Utilisez-vous le programme Entrée express? Essayez-vous de recruter des travailleurs sociaux internationaux pour être en mesure d'offrir des services en français dans votre province?

M. Wallbridge : Je ne suis pas certain pour ce qui est des travailleurs sociaux parce que, bien sûr, je me concentre sur les règlements s'appliquant aux psychologues. Nous ne communiquons pas avec eux. Ce qui se passe, c'est que quelqu'un nous demande comment obtenir son agrément au Manitoba et que je lui donne l'information pertinente. Nous utilisons un portail d'agrément national qui est pris en charge par

Regulatory Organizations, or ACPRO, which is an organization of regulators in the country. Not all regulators use it, but because we're smaller, we do. The person would have their credentials vetted or validated through that process, and then they apply to us. Then it ends up becoming very much an individual collaboration with that person.

As an example, I recently had a couple of psychologists apply who were Iranian, and they had difficulty obtaining validated copies of their transcripts from Iran because of the sanctions, so we found another way for them to get us copies of their credentials. We individualized their pathway to becoming candidates in Manitoba. Because we're a smaller organization, that kind of flexibility is what we do.

Your question was more about us reaching out to organizations to facilitate communication with them. I'd say that, frankly, we don't. I'm a part-time registrar in Manitoba, and so I respond to emails and inquiries from individuals who are seeking to be registered and work with them on an individual basis to try to facilitate that. That's how I do it.

Senator Clement: You need funding to be able to do that, right?

Mr. Wallbridge: I can see it is reactive. I have that flexibility, but I don't have the resources to build relationships. I do have the flexibility to be a little creative, but not in a way that would be more outreach in its orientation, I think, which is what your question was about.

Senator Clement: Yes. Okay. Thank you very much.

Ms. Cohen: Thank you for the time to think through my answers.

You asked me a couple of things. The first one was about working with smaller organizations where we can explore intersectionality. It's very much a part of what we're interested in doing, namely to reach out not only to the big data machines, but to all the different actors in the system. It's critical that we do that.

For example, we've started conversations with La Société Santé en français, with the First Nations Health Managers Association and with the Alberta caregivers' association. These are groups that are critical and that are part of the ecosystem. We will continue to expand into some of the other research groups that look truly at intersectionality as well. I think they're a critical part of the machinery; we can't do this without them.

l'Association des organisations canadiennes de réglementation en psychologie, qui regroupe des organismes de réglementation canadiens. Ce ne sont pas tous les organismes de réglementation qui l'utilisent, mais, en raison de notre petite taille, nous le faisons. Les titres de compétence de la personne seront examinés ou validés grâce à ce processus puis, elle nous présente une demande. Il s'agit ensuite d'un travail de collaboration avec la personne.

Par exemple, récemment, deux ou trois psychologues iraniens ont fait une demande. Ils avaient de la difficulté à obtenir des copies validées de leurs relevés de notes de l'Iran, à cause des sanctions, donc nous avons trouvé un autre moyen pour eux de nous fournir des copies de leurs titres de compétence. Nous avons personnalisé les processus pour qu'ils deviennent candidats au Manitoba. Nous pouvons être flexibles en raison de la petite taille de notre organisme.

Votre question portait davantage sur ce que nous faisons pour rejoindre les organismes afin de faciliter la communication. En toute honnêteté, nous ne le faisons pas. Je suis registraire à temps partiel au Manitoba et donc je réponds aux courriels et aux demandes d'informations de personnes qui souhaitent être agréées, et je travaille avec elles pour faciliter le processus. C'est ce que je fais.

La sénatrice Clement : Vous avez besoin de financement pour faire cela, n'est-ce pas?

M. Wallbridge : C'est réactif. J'ai de la flexibilité, mais je n'ai pas les ressources nécessaires pour bâtir des relations. J'ai assez de flexibilité pour être un peu créatif, mais pas assez pour nous orienter vers une approche de sensibilisation, ce qui était le fond de votre question.

La sénatrice Clement : Oui. D'accord. Merci beaucoup.

Mme Cohen : Merci de m'avoir donné le temps de réfléchir à mes réponses.

Vous m'avez posé deux ou trois questions. La première était au sujet du travail avec de plus petits organismes, qui nous permet d'explorer l'intersectionnalité. Cela nous intéresse beaucoup, c'est-à-dire ne pas communiquer seulement avec les gros générateurs de données, mais avec tous les acteurs du système. C'est très important pour nous.

Par exemple, nous avons entamé des discussions avec la Société Santé en français, l'Association des gestionnaires de santé des Premières Nations et l'Association des aidants de l'Alberta. Ces groupes sont essentiels et font partie de l'écosystème. Nous continuerons d'entrer en contact avec d'autres groupes de recherche qui s'intéressent réellement à l'intersectionnalité. Je crois que ce sont des éléments clés de la machine; nous avons besoin d'eux.

On that other note, though, I will say that there's a bit of an opportunity for us to lean into the big data centres to say intersectionality is critical. Can you please go off and enhance your data standards to add language spoken? We need to know about Indigenous identity, and that needs to not just be an Indigenous identifier but something that identifies a distinctions-based approach and other things that identify all of the different aspects of equity-deserving populations so we can measure them and get them into the big machine.

The last thing you asked me was about what success would look like in 10 years. We are very new, so it's lovely to blue sky, but we really are just getting up and running and putting our first strategic plan together. If I had to put it out there, I would say that in my blue-sky vision, we would have a stronger data foundation for the country that would be inclusive of all the different health care providers, regulated and unregulated. In my dream, it would also include caregivers, because caregivers are an incredibly important part of our health system; they offset the shortages in health human resources every day.

The other pieces, though, I would say, the data just can't hide behind a wall; it needs to be accessible. People need to be able to understand it, and it needs to be timely.

Furthermore, I would say we need to work toward scenario-based planning models so that we can look and see if we have more family practitioners. What do we need in relation to nurse practitioners? What about if we put physiotherapy in the mix? What about occupational therapists and pharmacists? How do we move toward team-based care that truly optimizes all of those professions by modelling them appropriately for the future?

Senator Clement: Thank you very much.

The Chair: If I may ask, what would be your recommendations to the federal government to make sure that you can achieve that?

Ms. Cohen: I think we need to continue to invest in data. Data is not something that everybody finds terribly exciting. I'm an epidemiologist; I find it exciting. But a lot of people think that numbers are not that interesting. We need to invest in the appropriate amount of dollars in the data foundation. Data is expensive to capture and collect across the country, and to do all of those things that are required will cost money.

But, as I said, the health workforce challenges that we have are a marathon, and sustained effort that will only be allowed to be monitored and managed over time are required. We need the data so that we can continue to track our progress. My advice to the federal government would be the investments that were made are a very good start and are very important. As we grow, we

D'un autre côté, nous avons l'occasion de promouvoir l'intersectionnalité auprès des gros centres de données. Pourriez-vous, s'il vous plaît, rehausser vos normes de données afin d'ajouter la langue parlée? Nous devons connaître l'identité autochtone, et cela ne doit pas se limiter à un identificateur autochtone; cela doit identifier une approche fondée sur les différences et sur d'autres éléments identifiant les différents aspects des populations méritant l'équité pour que nous soyons en mesure de les quantifier et de les ajouter à la grosse machine.

La dernière chose que vous m'aviez demandée était à quoi ressemblerait la réussite dans 10 ans. Nous sommes tout jeunes, donc tout va bien, mais nous venons à peine de commencer à être opérationnels et à élaborer notre premier plan stratégique. Si je devais m'exprimer à ce sujet, je dirais que, selon ma vision positive des choses, nous aurions une base de données plus robuste pour le pays, qui inclurait les différents fournisseurs de soins de santé, réglementés et non réglementés. Dans un monde idéal, j'inclurais également les proches aidants, car ils sont un élément incroyablement important de notre système de santé; ils pallient quotidiennement les pénuries de ressources humaines en santé.

Toutefois, les données ne peuvent pas être cachées derrière un mur; elles doivent être accessibles. Les gens doivent être en mesure de les comprendre, et elles doivent être à jour.

De plus, selon moi, nous devons chercher à élaborer des modèles de planification fondés sur des scénarios pour savoir si nous avons plus de médecins de famille. Quels sont les besoins en matière d'infirmières? Qu'est-ce qui en est des physiothérapeutes? Et qu'en est-il des ergothérapeutes et des pharmaciens? Comment pouvons-nous assurer la prestation de soins en équipe en optimisant toutes ces professions grâce à une modélisation prospective?

La sénatrice Clement : Merci beaucoup.

Le président : Si vous me permettez de poser la question, que recommanderiez-vous au gouvernement fédéral pour assurer votre réussite?

Mme Cohen : Je crois que nous devons continuer d'investir dans les données. Généralement, les données ne sont pas quelque chose qui enthousiasme les gens. Je suis une épidémiologiste, donc je trouve ça enthousiasmant. Mais pour beaucoup de gens, les chiffres sont très ennuyeux. Nous devons investir suffisamment d'argent dans la base de données. La saisie et la collecte des données dans le pays coûtent cher et toutes les choses qui devront être faites vont coûter de l'argent.

Mais, comme je l'ai dit, les difficultés touchant les travailleurs de la santé sont un marathon, et nous devons faire des efforts soutenus qui seront suivis et gérés au fil du temps. Nous avons besoin des données pour continuer de mesurer notre progrès. Je dirais au gouvernement fédéral que les investissements qui ont été faits sont un très bon départ et sont très importants. Nous

need to continue to invest in the data foundation for health care for the country.

The Chair: Thank you. Dr. Wallbridge, is there anything else you would like to add to this conversation concerning the role of the federal government in your province but more broadly? Do you have anything else you would like to say?

Mr. Wallbridge: I suppose I would say there are two broad strategies. One would be the shorter-term strategy to work with the provinces to facilitate interprovincial movement, either in person by moving or telepractice. Although that legislation isn't written by the federal government, the federal government could host, sponsor or cajole provincial governments to try to make progress in that area.

The other one would be — again, it's not the responsibility of the federal government directly — to advocate to the provinces for funding for training professionals, which is one of the things we've talked a lot about in this last hour, not only access to French-language services but access to any services that are, in many ways, limited. The federal government can work to ensure that provincially regulated universities are sufficiently supported to provide that training.

The Chair: Dr. Cohen and Dr. Wallbridge, thank you for your comments and recommendations. This concludes our panel and our meeting today.

[*Translation*]

Respected colleagues, thank you very much for being here. Thank you for your questions and thank you for this very positive exchange.

(The committee adjourned.)

allons nous développer, et nous devons continuer d'investir dans la base de données des soins de santé pour le pays.

Le président : Merci. Monsieur Wallbridge, souhaitez-vous ajouter quelque chose au sujet du rôle que le gouvernement fédéral joue dans votre province, mais aussi en général? Avez-vous d'autres choses à dire?

M. Wallbridge : Je dirais qu'il y a deux stratégies générales. L'une est la stratégie à long terme, collaborer avec les provinces pour faciliter la mobilisation interprovinciale, en personne ou grâce à la télépratique. Même si la disposition juridique n'est pas rédigée par le gouvernement fédéral, celui-ci pourrait soutenir, parrainer ou amadouer le gouvernement provincial pour essayer de faire progresser les choses.

L'autre stratégie serait — encore une fois, le gouvernement fédéral n'est pas directement responsable — de sensibiliser les provinces à l'importance du financement de la formation des professionnels, et nous en avons beaucoup parlé dans la dernière heure, non seulement pour l'accès aux services en français, mais aussi pour l'accès à tous les services qui sont limités de plusieurs façons. Le gouvernement fédéral peut s'assurer que les universités sous réglementation provinciale ont suffisamment de soutien pour offrir de la formation.

Le président : Madame Cohen et monsieur Wallbridge, je vous remercie de vos commentaires et de vos recommandations. Voilà qui conclut notre table ronde et notre réunion d'aujourd'hui.

[*Français*]

Chers collègues, merci beaucoup de votre présence. Merci de vos questions et merci de cet échange qui était très positif.

(La séance est levée.)
