



Second Session
Thirty-ninth Parliament, 2007

SENATE OF CANADA

*Proceedings of the Special
Senate Committee on*

Aging

Chair:

The Honourable SHARON CARSTAIRS, P.C.

Monday, December 3 2007
Monday, December 10, 2007

Issue No. 2

Second and third meetings on:

Special study on aging

INCLUDING:

THE SECOND REPORT OF THE COMMITTEE
(Special budget study — Aging)

WITNESSES:

(See back cover)

Deuxième session de la
trente-neuvième législature, 2007

SÉNAT DU CANADA

*Délibérations du Comité
sénatorial spécial sur le*

Vieillessement

Présidente :

L'honorable SHARON CARSTAIRS, C.P.

Le lundi 3 décembre 2007
Le lundi 10 décembre 2007

Fascicule n° 2

Deuxième et troisième réunions concernant :

L'étude spéciale sur le vieillissement

Y COMPRIS :

LE DEUXIÈME RAPPORT DU COMITÉ
(Le budget pour l'étude spéciale — vieillissement)

TÉMOINS :

(Voir à l'endos)

THE SPECIAL SENATE COMMITTEE
ON AGING

The Honourable Sharon Carstairs, P.C., *Chair*

The Honourable Wilbert J. Keon, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Chaput	* LeBreton, P.C.
Cordy	(or Comeau)
Cools	Mercer
* Hervieux-Payette, P.C.	Stratton
(or Tardif)	

*Ex Officio Members

(Quorum 3)

LE COMITÉ SÉNATORIAL SPÉCIAL
SUR LE VIEILLISSEMENT

Présidente : L'honorable Sharon Carstairs, C.P.

Vice-président : L'honorable Wilbert J. Keon

et

Les honorables sénateurs :

Chaput	* LeBreton, C.P.
Cordy	(ou Comeau)
Cools	Mercer
* Hervieux-Payette, C.P.	Stratton
(ou Tardif)	

* Membres d'office

(Quorum 3)

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Monday, December 3, 2007
(3)

[*English*]

The Special Senate Committee on Aging met this day at 12:31 p.m., in room 9, Victoria Building, the chair, the Honourable Sharon Carstairs, P.C., presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Carstairs, P.C., Chaput, Cools, Cordy and Keon (5).

In attendance: Julie Cool and Michael Holden, Analysts, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Thursday, November 1, 2007, the committee continued consideration of the implications of an aging society in Canada. (*For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 1.*)

WITNESSES:*Canadian Institute for Health Information:*

Jean-Marie Berthelot, Vice-President, Programs;

Christopher Kuchciak, Program Lead, NHEX/OECD.

Canadian Centre for Policy Alternatives:

Marc Lee, Senior Economist (by video conference).

As an individual:

Robert Evans, Professor of Economics, University of British Columbia (by videoconference).

As an individual:

Joe Ruggeri, Professor, Department of Economics, University of New Brunswick.

Public Health Agency of Canada:

Margaret Gillis, Director, Division of Aging and Seniors/ Office of Voluntary Sector.

The chair made a statement.

Mr. Evans, Mr. Lee, Mr. Berthelot, Mr. Ruggeri each made a presentation and, with Mr. Kuchciak, answered questions.

At 1:49 p.m., the committee suspended.

At 1:57 p.m., the committee resumed.

The chair made a statement.

Ms. Gillis made a presentation and answered questions.

At 2:34 p.m., the committee suspended.

At 2:36 p.m., pursuant to rule 92(2), the committee proceeded in camera to discuss a draft agenda.

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le lundi 3 décembre 2007
(3)

[*Traduction*]

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 12 h 31, dans la salle 9 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Sharon Carstairs, C.P. (*présidente*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Carstairs, C.P., Chaput, Cools, Cordy et Keon (5).

Également présents : Du Service d'information et de recherche parlementaires de la Bibliothèque du Parlement : Julie Cool et Michael Holden, analystes.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} novembre 2007, le comité poursuit son étude sur les incidences du vieillissement de la société canadienne. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n^o 1 des délibérations du comité.*)

TÉMOINS :*Institut canadien d'information sur la santé :*

Jean-Marie Berthelot, vice-président, Programmes;

Christopher Kuchciak, chef de section, BDDNS/OCDE.

Centre canadien de politiques alternatives :

Marc Lee, économiste principal (par vidéoconférence).

À titre personnel :

Robert Evans, professeur d'économie, Université de la Colombie-Britannique (par vidéoconférence).

À titre personnel :

Joe Ruggeri, professeur, Département d'économie, Université du Nouveau-Brunswick.

Agence de la santé publique du Canada :

Margaret Gillis, directrice, Division du vieillissement et des aînés/Bureau du secteur bénévole.

La présidente fait une déclaration.

MM. Evans, Lee, Berthelot et Ruggeri font chacun une déclaration puis, aidés de M. Kuchciak, répondent aux questions.

À 13 h 49, la séance est interrompue.

À 13 h 57, la séance reprend.

La présidente fait une déclaration.

Mme Gillis fait une présentation puis répond aux questions.

À 14 h 34, la séance est interrompue.

À 14 h 36, conformément au paragraphe 92(2) du Règlement, le comité poursuit la séance à huis clos afin de discuter d'une ébauche de programme.

It was agreed that senators' staff remain in the room

At 2:37 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

OTTAWA, Monday, December 10, 2007

(4)

[English]

The Special Senate Committee on Aging met this day at 12:31 p.m., in room 9, Victoria Building, the chair, the Honourable Sharon, P.C., presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Carstairs, P.C., Chaput, Cordy, Keon and Stratton (5).

In attendance: Julie Cool and Michael Toyes, Analysts, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Thursday, November 1, 2007, the committee continued consideration of the implications of an aging society in Canada. (For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 1).

WITNESSES:

Canada Mortgage and Housing Corporation:

Luis Rodriguez, Senior Researcher;

Debra Darke, Director, Community Development.

Canadian Healthcare Association:

Sharon Sholzberg-Gray, President and Chief Executive Officer.

The Royal Canadian Legion:

Pierre Allard, Director, Service Bureau;

David MacDonald, Consultant, Legion Housing Centre for Excellence.

As individuals:

Marcus, J. Hollander, President Hollander Analytical Services Ltd., (by videoconference).

Margaret Isabel Hall, Assistant Professor, Faculty of Law, University of British Columbia.

The chair made a statement.

Mr. Hollander, Mr. Rodriguez, Ms. Sholzberg-Gray, Mr. Allard, Mr. MacDonald and Ms. Hall each made a presentation and, with Ms. Darke, answered questions.

Il est convenu que le personnel des sénateurs demeure dans la salle.

À 14 h 37, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, le lundi 10 décembre 2007

(4)

[Traduction]

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 12 h 31, dans la salle 9 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Sharon Carstairs, C.P. (*présidente*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Carstairs, C.P., Chaput, Cordy, Keon et Stratton (5).

Également présents : Du Service d'information et de recherche parlementaires de la Bibliothèque du Parlement : Julie Cool et Michael Toyes, analystes.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} novembre 2007, le comité poursuit son étude sur les incidences du vieillissement de la société canadienne. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n^o 1 des délibérations du comité.*)

TÉMOINS :

Société canadienne d'hypothèques et de logement :

Luis Rodriguez, chercheur principal;

Debra Darke, directrice, Développement des collectivités.

Association canadienne des soins de santé :

Sharon Sholzberg-Gray, présidente et chef de la direction.

La légion royale canadienne :

Pierre Allard, directeur, Bureau d'entraide;

David MacDonald, consultant, Centre d'excellence de logement de la Légion.

À titre personnel :

Marcus J. Hollander, président, Hollander Analytical Services Ltd. (par vidéoconférence).

Margaret Isabel Hall, professeure adjointe, Faculté de droit, Université de la Colombie-Britannique.

La présidente fait une déclaration.

MM. Hollander et Rodriguez, Mme Sholzberg-Gray, MM. Allard et MacDonald et Mme Hall font chacun un exposé puis, aidés de Mme Darke, répondent aux questions.

At 3:13 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

À 15 h 13, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTEST:

ATTESTÉ :

La greffière du comité,

Keli Hogan

Clerk of the Committee

REPORT OF THE COMMITTEE

Tuesday, December 11, 2007

The Special Senate Committee on Aging has the honour to present its

SECOND REPORT

Your committee, which was authorized by the Senate on Thursday, November 1, 2007, to examine and report upon the implications of an aging society in Canada, respectfully requests that it be empowered to engage the services of such counsel and technical, clerical and other personnel as may be necessary for the purpose of its study.

Pursuant to Chapter 3:06, section 2(1)(c) of the *Senate Administrative Rules*, the budget submitted to the Standing Committee on Internal Economy, Budgets and Administration and the report thereon of that committee are appended to this report.

Respectfully submitted,

RAPPORT DU COMITÉ

Le mardi 11 décembre 2007

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement a l'honneur de présenter son

DEUXIÈME RAPPORT

Votre comité, qui a été autorisé par le Sénat le jeudi 1^{er} novembre 2007 à examiner les incidences du vieillissement de la société canadienne et à en faire rapport, demande respectueusement qu'il soit autorisé à retenir les services d'avocats, de conseillers techniques et de tout autre personnel jugé nécessaire aux fins de son enquête.

Conformément au Chapitre 3:06, section 2(1)(c) du *Règlement administratif du Sénat*, le budget présenté au Comité permanent de la régie interne, des budgets et de l'administration, ainsi que le rapport s'y rapportant, sont annexés au présent rapport.

Respectueusement soumis,

La présidente,

SHARON CARSTAIRS

Chair

**SPECIAL SENATE COMMITTEE
ON AGING
IMPLICATIONS OF AN AGING SOCIETY
IN CANADA
APPLICATION FOR BUDGET AUTHORIZATION
FOR THE FISCAL YEAR ENDING MARCH 31, 2008**

Extract from the *Journals of the Senate* of Thursday, November 1, 2007:

Resuming debate on the motion of the Honourable Senator Carstairs, P.C., seconded by the Honourable Senator Fairbairn, P.C.:

That a Special Committee of the Senate be appointed to examine and report upon the implications of an aging society in Canada;

That, pursuant to rule 85(1)(b), the committee be comprised of seven members, to be nominated by the Committee of Selection and that three members constitute a quorum;

That the Committee examine the issue of aging in our society in relation to, but not limited to:

- promoting active living and well being;
- housing and transportation needs;
- financial security and retirement;
- abuse and neglect;
- health promotion and prevention; and
- health care needs, including chronic diseases, medication use, mental health, palliative care, home care and caregiving;

That the Committee review public programs and services for seniors, the gaps that exist in meeting the needs of seniors, and the implications for future service delivery as the population ages;

That the Committee review strategies on aging implemented in other countries;

That the Committee review Canada's role and obligations in light of the 2002 Madrid International Plan of Action on Ageing;

That the Committee consider the appropriate role of the federal government in helping Canadians age well;

**COMITÉ SÉNATORIAL SPÉCIAL
SUR LE VIEILLISSEMENT
INCIDENCES DU VIEILLISSEMENT DE LA
SOCIÉTÉ CANADIENNE
DEMANDE D'AUTORISATION DE BUDGET POUR
L'EXERCICE FINANCIER SE TERMINANT
LE 31 MARS 2008**

Extrait des *Journaux du Sénat* du jeudi 1^{er} novembre 2007 :

Reprise du débat sur la motion de l'honorable sénateur Carstairs, C.P., appuyée par l'honorable sénateur Fairbairn, C.P.,

Qu'un comité spécial du Sénat soit chargé d'examiner les incidences du vieillissement de la société canadienne et d'en faire rapport;

Que, en conformité avec l'article 85(1)(b) du Règlement, le comité soit composé de sept membres, désignés par le Comité de sélection, et que trois membres constituent le quorum;

Que le comité examine la question du vieillissement dans notre société sur divers plans notamment :

- la promotion de la vie active et du bien-être;
- les besoins en matière de logement et de transport;
- la sécurité financière et la retraite;
- les mauvais traitements et la négligence;
- la promotion de la santé et la prévention;
- les besoins en matière de soins de santé, y compris en ce qui touche les maladies chroniques, la consommation de médicaments, la santé mentale, les soins palliatifs, les soins à domicile et la prestation de soins;

Que le comité examine les programmes et les services publics destinés aux aînés, les lacunes qu'il faut corriger pour répondre aux besoins des aînés, et les incidences du vieillissement de la population sur la prestation future des services;

Que le comité examine des stratégies sur le vieillissement mises en œuvre dans d'autres pays;

Que le comité examine le rôle et les obligations du Canada découlant du Plan d'action international sur le vieillissement des populations, établi à Madrid en 2002;

Que le comité se penche sur le rôle que doit jouer le gouvernement fédéral pour aider les Canadiens à bien vieillir;

That the Committee have power to send for persons, papers and records, to examine witnesses, to report from time to time and to print such papers and evidence from day to day as may be ordered by the Committee;

That the Committee be authorized to permit coverage by electronic media of its public proceedings with the least possible disruption of its hearings;

That, pursuant to rule 95(3)(a), the Committee be authorized to meet during periods that the Senate stands adjourned for a period exceeding one week;

That the papers and evidence received and taken and work accomplished by the Committee on this subject during the First Session of the Thirty-ninth Parliament be referred to the Committee;

That the Committee submit its final report no later than June 30, 2008, and that the Committee retain all powers necessary to publicize its findings until 90 days after the tabling of the final report;

And on the motion in amendment of the Honourable Senator Comeau, seconded by the Honourable Senator Tkachuk, that the motion be amended by replacing the words "June 30, 2008" with "March 31, 2008" in the last paragraph.

The question being put on the main motion, as amended, it was adopted.

Que le comité soit habilité à convoquer des personnes, à obtenir des documents et des dossiers, à interroger des témoins, à faire rapport de temps à autre et à faire imprimer au jour le jour les documents et témoignages dont il peut ordonner l'impression;

Que le comité soit autorisé à permettre aux médias d'information électroniques de diffuser ses délibérations publiques en dérangeant le moins possible ses audiences;

Que, conformément à l'article 95(3)a) du Règlement, le comité soit autorisé à se réunir pendant les périodes où le Sénat est ajourné pendant plus d'une semaine;

Que les documents reçus, les témoignages entendus, et les travaux accomplis par le comité sur ce sujet au cours de la première session de la trente-neuvième législature soient renvoyés au comité;

Que le comité présente son rapport final au plus tard le 30 juin 2008, et qu'il conserve tous les pouvoirs nécessaires pour diffuser ses conclusions dans les 90 jours suivant le dépôt du rapport final;

Et sur la motion d'amendement de l'honorable sénateur Comeau, appuyée par l'honorable sénateur Tkachuk, que l'on modifie la motion en substituant aux mots « le 30 juin 2008 » les mots « le 31 mars 2008 » au dernier paragraphe.

La motion principale, telle que modifiée, mise aux voix, est adoptée.

Le greffier du Sénat,

Paul C. Bélisle

Clerk of the Senate

SUMMARY OF EXPENDITURES

Professional and Other Services	\$ 30,000
Transportation and Communications	28,975
All Other Expenditures	<u>2,500</u>
TOTAL	\$ 61,475

The above budget was approved by the Special Senate Committee on Aging on Monday, November 26, 2007.

The undersigned or an alternate will be in attendance on the date that this budget is considered.

Date

The Honourable Sharon Carstairs, P.C.
Chair, Special Senate Committee on Aging

Date

The Honourable George J. Furey
Chair, Standing Committee on Internal
Economy, Budgets and Administration

SOMMAIRE DES DÉPENSES

Services professionnels et autres	30 000 \$
Transports et communications	28 975
Autres dépenses	<u>2 500</u>
TOTAL	61 475 \$

Le budget ci-dessus a été approuvé par le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement le lundi 26 novembre 2007.

Le soussigné ou son remplaçant assistera à la séance au cours de laquelle le présent budget sera étudié.

Date

L'honorable Sharon Carstairs, C.P.
Présidente du Comité sénatorial spécial sur
le vieillissement

Date

L'honorable George J. Furey
Président du Comité permanent de la régie
interne, des budgets et de l'administration

HISTORICAL INFORMATION

Fiscal Year	Budget approved	Expenditures
2007-2008	\$ 96,050	\$ 22,770
2006-2007	\$ 25,100	\$ 16,286

DONNÉES ANTÉRIEURES

Exercice financier	Budgets approuvés	Dépenses
2007-2008	96 050 \$	22 770 \$
2006-2007	25 100 \$	16 286 \$

**SPECIAL SENATE COMMITTEE
ON AGING**

IMPLICATIONS OF AN AGING SOCIETY IN CANADA

**EXPLANATION OF BUDGET ITEMS
APPLICATION FOR BUDGET AUTHORIZATION
FOR THE FISCAL YEAR ENDING MARCH 31, 2008**

GENERAL EXPENSES

PROFESSIONAL AND OTHER SERVICES

Research Consultant	\$ 15,000	
Research Assistant	5,000	
Working meals (15 meals @ \$400)	6,000	
Hospitality	1,000	
Sub-total		\$ 27,000

TRANSPORTATION AND COMMUNICATIONS

Courier Services	\$ 1,000	
Telephone carrier services	500	
Sub-total		\$ 1,500

ALL OTHER EXPENDITURES

Miscellaneous	\$ 2,500	
Sub-total		\$ 2,500

Total **\$ 31,000**

ACTIVITY 1 - CONFERENCE(S)

CONFERENCES

National and International Conferences

PROFESSIONAL AND OTHER SERVICES

Membership and registration fees 3 persons @ \$1,000	\$ 3,000	
Sub-total		\$ 3,000

TRANSPORTATION AND COMMUNICATIONS

Air fare 3 @ \$6,500	\$ 19,500	
Taxis 5 @ \$35 for 3 persons	525	

Per diem		
3 days @ \$150 for 3 persons	1,350	
Hotel		
3 nights @ \$400 for 3 persons	3,600	
Contingencies	2,500	
Sub-total		\$ 30,475
Total for conferences		\$ 30,475
Grand Total		\$ 61,475

The Senate administration has reviewed this budget application.

Heather Lank, Principal Clerk, Committees Directorate

Date

Hélène Lavoie, Director of Finance

Date

**COMITÉ SÉNATORIAL SPÉCIAL
SUR LE VIEILLISSEMENT**

INCIDENCES DU VIEILLISSEMENT DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE

**EXPLICATION DES ITEMS BUDGÉTAIRES
DEMANDE D'AUTORISATION DE BUDGET POUR
L'EXERCICE FINANCIER SE TERMINANT LE 31 MARS 2008**

DÉPENSES GÉNÉRALES

SERVICES PROFESSIONNELS ET AUTRES

Consultant pour la recherche	15 000 \$	
Assistant de recherché	5 000	
Repas de travail (15 repas @ 400 \$)	6 000	
Frais d'accueil	1 000	
Sous-total		27 000 \$

TRANSPORTS ET COMMUNICATIONS

Services de messagerie	1 000 \$	
Services de téléphone par onde porteuse	500	
Sous-total		1 500 \$

AUTRES DÉPENSES

Divers	2 500 \$	
Sous-total		2 500 \$

Total **31 000 \$**

ACTIVITÉ 1 - CONFÉRENCES

CONFÉRENCES

Conférences nationales et internationales

SERVICES PROFESSIONNELS ET AUTRES

Frais d'inscription		
3 personnes @1 000 \$	3 000 \$	
Sous-total		3 000 \$

TRANSPORTS ET COMMUNICATIONS

Billets d'avion		
3 @ 6 500 \$	19 500 \$	
Taxis		
5 @ 35 \$ X 3 personnes	525	

Indemnités journalières 3 jours @ 150 \$ X 3 personnes	1 350	
Frais d'hôtel 3 nuits @ 400 \$ X 3 personnes	3 600	
Frais divers	2 500	
Sous-total		30 475 \$
Total des conférences		30 475 \$
Total général		61 475 \$

L'administration du Sénat a examiné la présente demande d'autorisation budgétaire.

Heather Lank, greffière principale, Direction des comités

Date

Hélène Lavoie, directrice des Finances

Date

APPENDIX (B) TO THE REPORT

Thursday, December 6, 2007

The Standing Committee on Internal Economy, Budgets and Administration has examined the budget presented to it by the Special Senate Committee on Aging for the proposed expenditures of the said Committee for the fiscal year ending March 31, 2008, to examine and report upon the implications of an aging society in Canada, as authorized by the Senate on Thursday, November 1, 2007. The said budget is as follows:

Professional and Other Services	\$ 30,000
Transportation and Communications	28,975
All Other Expenditures	<u>2,500</u>
TOTAL	\$ 61,475

(includes funds for conferences)

Respectfully submitted,

Le président,

GEORGE J. FUREY

Chair

ANNEXE (B) AU RAPPORT

Le jeudi 6 décembre 2007

Le Comité permanent de la régie interne, des budgets et de l'administration a examiné le budget qui lui a été présenté par le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement concernant les dépenses projetées dudit Comité pour l'exercice se terminant le 31 mars 2008 aux fins d'examiner les incidences du vieillissement de la société canadienne et d'en faire rapport, tel qu'autorisé par le Sénat le jeudi 1 novembre 2007. Le budget approuvé se lit comme suit:

Services professionnels et autres	30 000 \$
Transports et communications	28 975
Autres dépenses	<u>2 500</u>
TOTAL	61 475 \$

(y compris des fonds pour des conférences)

Respectueusement soumis,

EVIDENCE

OTTAWA, Monday, December 3, 2007

The Special Senate Committee on Aging met this day at 12:31 p.m. to examine and report upon the implications of an aging society in Canada.

Senator Sharon Carstairs (*Chair*) in the chair.

[*English*]

The Chair: Good afternoon, colleagues. As you know, we are studying aging in Canada. I have to apologize; a couple of our colleagues are not with us for obvious weather reasons. One of them, I know, has just landed and is on her way. Others will hopefully make it later.

We have a number of panellists with us this afternoon. From the Canadian Institute for Health Information, we have Mr. Jean-Marie Berthelot, Vice-President, Programs and Mr. Christopher Kuchciak, Program Lead, NHEX/OECD. We also have Mr. Marc Lee, Senior Economist with the Canadian Centre for Policy Alternatives.

Mr Lee is coming to us on videoconference, along with Mr. Robert Evans, Professor of Economics, University of British Columbia. We also have Mr. Joe Ruggeri, Professor, Department of Economics, University of New Brunswick. We want to welcome you all this afternoon.

Robert Evans, Professor of Economics, University of British Columbia, as an individual (by video conference): I am pleased to have been invited to talk to this group because this is a subject that has intrigued me for a number of years.

I gave my first talk on the impact of aging on the health care system in 1982 to a meeting of the Canadian Hospital Association, as it then was, in Winnipeg. The first paper I know on the subject was put out by the Economic Council of Canada in 1978. The most recent one I know is the package I sent down to your staff, from a group in the Office of the Actuary in the U.S., published a couple months ago in *Health Affairs*.

In the interim, my group has done quite a bit of research on this subject and so have a number of others. They all tend to point in the same direction.

Metaphors are powerful and effective because they are graphic; they capture an idea in a way that can be communicated very quickly. They are also potentially deceptive, and the most deceptive metaphor in this field is that of the “grey tsunami” — the idea that we will be overwhelmed by a wave of grey that will flood and wash away the existing structures of the Canadian health care system. This is profoundly misleading because it

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le lundi 3 décembre 2007

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd’hui, à 12 h 31, pour examiner, en vue d’en faire rapport, les incidences du vieillissement sur la société canadienne.

Le sénateur Sharon Carstairs (*présidente*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

La présidente : Bonjour, chers collègues. Comme vous le savez, nous étudions le phénomène du vieillissement au Canada. Je dois vous faire mes excuses; certains de nos collègues ne pourront pas assister à la séance d’aujourd’hui pour des raisons évidentes liées au mauvais temps. Je sais qu’une de nos collègues vient juste de descendre de l’avion et elle est en route. J’espère que d’autres pourront venir plus tard.

Nous accueillons plusieurs témoins cet après-midi. De l’Institut canadien d’information sur la santé, M. Jean-Marie Berthelot, vice-président des programmes, et M. Christopher Kuchciak, chef de section, BDDNS/OCDE. Nous accueillons également M. Marc Lee, économiste principal du Centre canadien de politiques alternatives.

M. Lee se joint à nous par vidéoconférence, ainsi que M. Robert Evans, professeur d’économie à l’Université de la Colombie-Britannique. Nous avons aussi M. Joe Ruggeri, professeur au département d’économie à l’Université du Nouveau-Brunswick. Nous vous souhaitons à tous la bienvenue.

Robert Evans, professeur d’économie, Université de la Colombie-Britannique, à titre personnel (par vidéoconférence) : C’est un honneur pour moi d’avoir été invité à m’adresser à vous parce qu’il s’agit d’un sujet qui m’intéresse depuis plusieurs années.

Le premier discours que j’ai prononcé sur les incidences du vieillissement sur le système des soins de santé remonte à 1982, à Winnipeg, dans le cadre d’une réunion de l’Association canadienne des hôpitaux du Canada, comme on l’appelait à l’époque. Le premier document sur le sujet a été publié, à ma connaissance, par le Conseil économique du Canada en 1978. À ma connaissance, le plus récent est celui que j’ai fait parvenir à votre personnel; cette recherche a été effectuée par un groupe de l’Office of the Actuary aux États-Unis, et ses résultats ont été publiés il y a quelques mois dans la revue *Health Affairs*.

Entre-temps, mon groupe, comme plusieurs autres, a fait pas mal de recherches sur le sujet. Elles ont toutes tendance à pointer dans la même direction.

Les métaphores sont des outils puissants et efficaces parce qu’elles évoquent des images; elles captent une idée et transmettent le message très rapidement. Toutefois, elles peuvent aussi être trompeuses. La métaphore la plus trompeuse utilisée dans ce domaine est l’expression « le tsunami gris » — l’idée que nous allons être submergés par une vague de gens à cheveux gris qui vont inonder les structures actuelles du système

paints the picture as if there were some massive single event that will unleash catastrophic forces.

The appropriate metaphor is that of a glacier. Each of us ages one year at a time; we do not do it instantaneously, nor does the population. It is not some sudden shock. Like a glacier, the aging of the population will transform the landscape over a period of decades, but it does not operate on a time scale of months or years. The claims that are being made for the grey tsunami are precisely that it does operate on a time scale of months or years, and those claims are false.

That the escalation of costs in the health care system can be explained by population aging is true to a small degree, but that degree is in the neighbourhood of 20 per cent, at best. It is true that people of older ages on average use more health care and generate more costs. It is also true that the proportion of the population in those age groups has grown. If those two facts are put together, we have a prediction of growing per capita health care costs.

That is quite true; but when we actually look at the escalation of health care costs, we find that 80 per cent of that is being driven by other factors and forces. Those are the ones we want to keep our eye on. This notion that we will somehow be overwhelmed by an aging population is either coming from people who are not reading the numbers or who have another agenda.

That is not to say that there are no problems of cost management and cost containment in the health care system. That would be silly and naive. We know that is not true. However, we also know that those pressures are being relatively well managed in Canada and most other developed countries, excluding the United States.

We know we are seeing a slow creep in the share of our income going into health care. It is up to 10.6 per cent in the current estimates — up from 10.4 per cent from the year before. There is a slow creep; but a considerable amount of focus should be devoted to exactly where the money is going.

For example — and it is a leading example — last year the Heart and Stroke Foundation of Canada and the Canadian Institutes of Health Research put out a massive and valuable document looking at patterns of cardiac care in this country. It turns out there are wild variations in patterns of hospital admission for the major cardiac care categories — myocardial infarction, congestive heart failure, angina, generalized chest pain.

If we look at Vancouver as the base of 100, we will find the rates are 50 per cent higher in Toronto, 75 per cent higher in Halifax and 200 and 300 per cent higher in regions outside the metropolitan areas — and we do not know why. These kinds of

de santé canadien. C'est tout à fait trompeur, car cette image porte à croire qu'on assistera à un événement d'une ampleur colossale qui atteindra des proportions catastrophiques.

La métaphore qui convient, c'est de comparer ce phénomène à un glacier. Chacun de nous vieillit année après année; cela n'arrive pas du jour au lendemain. Il en va de même pour la population. Ce n'est pas un choc soudain. Tel un glacier, le vieillissement de la population transformera le paysage durant plusieurs décennies, mais cela ne se produira pas en l'espace de quelques mois ou quelques années. Les thèses avancées sur le tsunami gris laissent entendre justement que ce phénomène se déploiera en termes de mois ou d'années. Mais c'est faux.

Il est vrai qu'on peut expliquer la montée en flèche des coûts du système de santé par le vieillissement de la population, mais seulement dans une faible mesure, de l'ordre de 20 p. 100, tout au plus. Il est vrai qu'en moyenne, les gens plus âgés ont davantage recours aux soins de santé et génèrent plus de coûts. Il est aussi vrai que la proportion de Canadiens dans ces groupes d'âge a augmenté. Si l'on combine ces deux éléments, on obtient une hausse prévue des coûts des soins de santé par habitant.

C'est tout à fait vrai; mais lorsqu'on examine de plus près l'escalade des coûts des soins de santé, on s'aperçoit que 80 p. 100 de cette hausse est attribuable à d'autres facteurs et à d'autres forces. C'est précisément ces facteurs que nous voulons garder à l'œil. L'idée selon laquelle nous allons être, en quelque sorte, envahis par une population vieillissante est véhiculée par des gens qui soit ignorent les faits, soit ont d'autres projets en tête.

Cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas de problème de gestion des coûts et de compression des coûts dans le système de santé. Ce serait stupide et naïf de le croire. Nous savons que c'est faux. Toutefois, nous savons également que ces pressions sont relativement bien gérées au Canada et dans la plupart des pays développés, sauf aux États-Unis.

Nous sommes conscients du fait que la part de notre revenu qui est consacrée aux soins de santé augmente petit à petit. Selon les estimations de l'heure, cette part se chiffre à 10,6 p. 100 — une hausse par rapport au taux de 10,4 p. 100 de l'an dernier. Cela se fait lentement; mais encore faudrait-il prêter une attention particulière à l'utilisation exacte de cet argent.

Par exemple — et c'est un exemple parfait — l'année dernière, la Fondation des maladies du cœur du Canada et les Instituts de recherche en santé du Canada ont publié un document volumineux et important sur les modèles de soins cardiaques dans notre pays. L'étude a révélé d'énormes écarts dans les tendances d'admission dans les hôpitaux pour les principales catégories de soins cardiaques — à savoir, l'infarctus du myocarde, l'insuffisance cardiaque congestive, l'angine et la douleur thoracique généralisée.

Si nous considérons la ville de Vancouver comme point de repère égal à 100, nous constatons que les taux sont supérieurs de 50 p. 100 à Toronto, de 75 p. 100 à Halifax et de 200 à 300 p. 100 dans les régions à l'extérieur des zones

clinical practice variations are a primary place to look for what is driving the escalation of health care costs.

I would argue that the myth of runaway costs associated with aging, which we have called in some of our work a “zombie” — an idea that is intellectually dead but will not lie down — serves to distract the attention from the real and hard issues involved in maintaining an effective, efficient and humane health care system. It is a total distraction, which is what zombies are — they stalk around making a nuisance of themselves.

The Chair: Thank you very much. I particularly like your metaphors. Mr. Lee, can we hear from you, since you are also there on live television?

Marc Lee, Senior Economist, Canadian Centre for Policy Alternatives (by video conference): Thank you to the Senate for having me here today by videoconference to speak to this issue of population aging and the impacts on the public health care system. I wrote a report on this issue that was released in September by the Canadian Centre for Policy Alternatives. I believe you have copies. If not, I can arrange for you to have some.

In that report, I isolated the different cost drivers in the public health care system. To be clear, I am looking only at the public health care study not total health care, which includes the private component. In 1975, Canadian Institute for Health Information, CIHI, data was used to develop a historical overview of how these factors have affected health care costs and then projected forward to 2056 based on Statistics Canada’s population forecasts and the average health care inflation rate over the past decade.

My finding reinforces those of past studies on this issue that population aging, in and of itself, is but a small contributor to rising cost pressures in the health care system. Based on current projections, there is little to suggest a demographic time bomb that is about to go off.

The main cost drivers, in addition to an aging population, are population growth and health-care-specific inflation. When these three are put together, we are able to determine a minimum amount of annual public spending increases that are necessary to maintain the existing level of services while accommodating a larger and older population.

On this basis, public health care spending must increase by 4.4 per cent per year in the near term in order to maintain a sustainable level of services — by the 2030s, this rate slows as population pressures ease. Overall, population aging alone requires only about 1 per cent per year in additional public expenditures. As Mr. Evans commented before me, while the demographic changes over the span of a quarter of a century are

métropolitaines — et nous en ignorons la raison. Ces types d’écarts dans la pratique clinique constituent l’une des principales pistes à examiner pour expliquer la montée en flèche des coûts des soins de santé.

Pour ma part, j’estime que le mythe des coûts galopants associés au vieillissement, que nous avons qualifié dans certains de nos travaux de « zombie » — c’est-à-dire un argument qui est mort intellectuellement, mais qui ne cesse de réapparaître — sert à détourner l’attention des vrais problèmes qui entrent en jeu dans le maintien d’un système de santé efficace, efficient et humain. C’est une distraction totale, tout comme les zombies — de vrais casse-pieds qui nous suivent partout.

La présidente : Merci beaucoup. J’ai particulièrement aimé vos métaphores. Monsieur Lee, pouvez-vous prendre la parole, étant donné que vous êtes également en vidéoconférence?

Marc Lee, économiste principal, Centre canadien de politiques alternatives (par vidéoconférence) : Merci aux sénateurs de m’avoir invité aujourd’hui à parler par téléconférence de la question de la population vieillissante et des incidences sur le système de santé public. J’ai rédigé un rapport sur cette question qui a été rendu public en septembre dernier par le Centre canadien de politiques alternatives. Je crois que vous en avez des exemplaires. Sinon, je pourrais m’organiser pour qu’on vous en envoie un.

Dans ce rapport, j’ai isolé les différents inducteurs de coûts dans le système de santé public. Par souci de clarté, je ne tiens compte que de l’étude sur les soins de santé publics et non pas les soins de santé en général, qui comprennent le secteur privé. En 1975, les données de l’Institut canadien d’information sur la santé, l’ICIS, ont été utilisées pour dresser un aperçu de la façon dont ces facteurs ont influé sur les coûts des soins de santé au fil du temps; on a ensuite fait des projections jusqu’en 2056, d’après les prévisions démographiques de Statistique Canada et le taux moyen d’inflation des soins de santé au cours de la dernière décennie.

Mes résultats renforcent les conclusions des études antérieures sur cette question, à savoir que le vieillissement de la population, en soi, n’est qu’un modeste facteur qui contribue à accroître les pressions sur les coûts dans le système de soins de santé. D’après les projections actuelles, peu d’éléments laissent entendre qu’une bombe à retardement démographique est sur le point d’exploser.

Les principaux inducteurs de coûts, en plus d’une population vieillissante, sont la croissance démographique et le taux d’inflation spécifique aux soins de santé. Lorsqu’on combine ces trois facteurs, on peut déterminer le montant minimal des hausses annuelles de dépenses publiques nécessaires pour maintenir le niveau de services actuel, tout en répondant aux besoins d’une population grandissante et vieillissante.

D’après ce calcul, les dépenses publiques au titre des soins de santé doivent augmenter de 4,4 p. 100 par année à court terme pour maintenir un niveau de services viable — dans les années 2030, ce taux ralentira à mesure que les pressions démographiques diminueront. Dans l’ensemble, le vieillissement de la population, à lui seul, ne nécessite qu’une hausse de 1 p. 100 par année dans les dépenses publiques. Comme M. Evans l’a dit avant moi, même si

profound, this change happens relatively slowly, and the associated annual increase due to aging is actually less than either population growth or inflation.

The share of public health care spending relative to our total income or our GDP is what really matters for sustainability. That is, as long as our nominal GDP growth averages 4.4 per cent per year or more, then we do not have a sustainability problem. If future economic growth rates are consistent with those in the past decade where the average growth rate was 5.6 per cent or in the past two decades where the average was 5.4 per cent, public health care expenditures will fall as a share of GDP over time.

In my paper, I estimate public health care spending relative to GDP for a few scenarios of nominal GDP growth — a slow, a medium and a fast rate. Even in the worst case scenario, if GDP growth were to slow to 4 per cent per year, a level well below historical trends, existing levels of service could be maintained with only a small increase in public health care expenditures relative to GDP over the next three decades. Public health care expenditures on this basis would rise to 8.4 per cent of GDP by 2038 — about 1 percentage point of GDP, or an extra penny per dollar of our total income — would peak around 2038, and, thereafter, would fall back to about the current level of approximately 7.6 per cent by the year 2056.

I have not yet mentioned something that is essential in thinking about health care expenditures: The enrichment or expansion of public health care services over time. My study tries to distinguish annual spending increases required to maintain the same level of services, while adjusting for changes in demographics, from additional spending that expands the suite of health care services available under the public umbrella.

This issue of enrichment is historically significant. The average Canadian receives one and a half times more health care services than his or her equivalent received three decades ago. Therefore, one important reason that health care spending is higher today than it was several decades ago is that we are providing more services, such as increased long-term care services, more extensive drug coverage, new surgical techniques and new diagnostic technologies.

The real challenge for financing the health care system is advances in these technologies — the unlimited potential to expand the realm of the possible. For example, in B.C. today, compared to 1990, an 80-year-old person is twice as likely to have a knee replacement, cataract surgery or a coronary bypass.

on assistera à de profonds changements démographiques pendant un quart de siècle, ils se produiront à un rythme relativement lent; la hausse annuelle des dépenses attribuable au vieillissement est, en réalité, un facteur moins important que la croissance démographique ou le taux d'inflation.

Ce qui importe vraiment pour assurer le maintien des services, c'est la part des dépenses publiques au titre des soins de santé par rapport à notre revenu total ou à notre PIB. Autrement dit, tant que la croissance nominale de notre PIB atteindra, en moyenne, 4,4 p. 100 ou plus par année, nous n'aurons pas de problème de viabilité. Si les taux de croissance économique futurs suivent la même tendance que celle de la décennie précédente où le taux de croissance moyen a été de 5,6 p. 100 ou des deux dernières décennies où il a été de 5,4 p. 100, alors les dépenses publiques au titre des soins de santé en proportion du PIB diminueront au fil du temps.

Dans mon document, j'ai calculé les dépenses publiques estimatives au titre des soins de santé par rapport au PIB selon quelques scénarios de croissance nominale du PIB — une croissance lente, une moyenne et une autre rapide. Même dans le pire des scénarios, si la croissance du PIB n'était que de 4 p. 100 par année, un taux bien inférieur aux tendances historiques, on pourrait maintenir les niveaux actuels de service avec seulement une légère croissance des dépenses publiques au titre des soins de santé par rapport au PIB au cours des trois prochaines décennies. Selon cette hypothèse, les dépenses publiques passeraient à 8,4 p. 100 du PIB d'ici 2038 — environ un point de pourcentage du PIB, ou un cent de plus par dollar de notre revenu total —, atteindraient leur sommet en 2038, après quoi elles reculeraient presque jusqu'au taux actuel d'environ 7,6 p. 100 vers 2056.

Je n'ai pas encore parlé d'un élément essentiel à la réflexion sur les dépenses en soins de santé : l'enrichissement ou l'expansion des services de soins de santé publics au fil du temps. Dans mon étude, j'essaie de faire une distinction entre les hausses de dépenses annuelles requises pour maintenir le même niveau de services, tout en s'ajustant aux changements démographiques, et les dépenses supplémentaires destinées à l'expansion des services de santé offerts dans le secteur public.

La question de l'enrichissement est importante du point de vue historique. Le Canadien moyen reçoit 1,5 fois plus de services de santé à l'heure actuelle qu'il y a trois décennies. Par conséquent, une raison importante qui explique pourquoi les dépenses en soins de santé sont plus élevées aujourd'hui qu'elles ne l'étaient il y a plusieurs décennies, c'est que nous offrons plus de services, par exemple plus de services de soins de longue durée, un régime d'assurance-médicaments plus vaste, de nouvelles techniques chirurgicales et de nouvelles technologies de diagnostic.

Le vrai défi dans le domaine du financement des soins de santé réside dans les progrès technologiques — le potentiel illimité d'étendre les frontières du possible. Par exemple, en Colombie-Britannique, à l'heure actuelle comparativement à 1990, un octogénaire est deux fois plus susceptible de subir une opération pour le remplacement du genou, une chirurgie de la cataracte ou un pontage coronarien.

In the same vein, highly technologically-intensive end-of-life care poses some particularly challenging ethical dilemmas in cases where quality of life or health status is not ameliorated in spite of great costs. According to a few important studies, it is not so much the rise in cost as one ages as it is the expenditures made in the final year of life irrespective of age that is an important determinant of the curve in average per capita expenditures based on population aging groups.

In my modeling, as long as economic growth rates are consistent with those of the past, if we maintain the current level of public health care spending relative to GDP, then we would still have room left over to accommodate new technological advances or expand the system in other ways. This is not unlimited, and if we want more technology or more expansion of other services, we will have to pay a greater share of our income in order to have it. That means being more rigorous about the costs and benefits of different kinds of technologies through actions such as health technology assessments, which were recommended in the Romanow report.

By the numbers, the historical average enrichment in the public health care system has been just under 2 per cent per year going back to 1975. Based on the medium growth scenario, a 1 per cent annual enrichment rate would increase public health care expenditures from 7.4 per cent in 2006 to a peak of 8.5 per cent by 2038. Again, this would fall back to 7.7 per cent in 2056 because those population-aging pressures would abate by the early 2030s. Such a scenario would provide the average Canadian with 63 per cent more health care services than they receive today.

To conclude, I agree with Mr. Evans that it is a myth that an aging population will render the public health care system unsustainable. The good news is that the challenges facing the system are not demographic factors beyond our control but rather technological factors that, while profound, are suitable to a public process that is well within our control. Like every other policy area, we need to make choices, and to do that, we need a healthy democratic debate on how to move forward.

Jean-Marie Berthelot, Vice-President, Programs, Canadian Institute for Health Information: Good afternoon. On behalf of the Canadian Institute for Health Information, CIHI, would like to sincerely thank you for your invitation to appear today. As many of you are aware, Canada's health care leaders established the Canadian Institute for Health Information as an independent organization dedicated to answering fundamental questions about Canadians' health and the health system through a systematic approach to data collection, sharing and analysis. It is not CIHI's role to forecast or to offer recommendations but rather to provide timely, accurate and comparable health information. I have provided to the clerk of the committee copies of two reports in

Dans la même veine, les soins en fin de vie, qui nécessitent beaucoup de technologies, posent des dilemmes éthiques particulièrement épineux dans les cas où on ne voit pas d'amélioration dans la qualité de vie ou l'état de santé malgré l'ampleur des coûts. Selon quelques études importantes, ce n'est pas tant la hausse des coûts à mesure que l'on vieillit que les dépenses faites durant la dernière année d'une personne, peu importe son âge, qui constituent un facteur important dans la courbe des dépenses moyennes par habitant, d'après des groupes de population vieillissante.

Dans mon modèle, à condition que les taux de croissance économique suivent la même tendance que dans le passé, si nous maintenons le niveau actuel des dépenses publiques au titre des soins de santé par rapport au PIB, nous aurons quand même le moyen de nous adapter aux nouvelles percées technologiques ou d'étendre le système d'autres façons. Ce n'est pas illimité, et si nous voulons plus de technologies ou une plus grande expansion d'autres services, nous devons leur consacrer une plus grande part de notre revenu. Cela signifie qu'il faut examiner plus rigoureusement les coûts et les avantages offerts par différents types de technologies grâce à des mesures comme les évaluations des technologies de la santé, comme le recommandait le rapport Romanow.

À la lumière de ces chiffres, l'enrichissement du système de soins de santé public a été, en moyenne, d'un peu moins de 2 p. 100 par année, si l'on remonte jusqu'en 1975. D'après le scénario de croissance moyenne, un taux d'enrichissement annuel de 1 p. 100 ferait passer les dépenses publiques au titre des soins de santé de 7,4 p. 100 en 2006 à un sommet de 8,5 p. 100 en 2038. Encore une fois, ce taux baisserait à 7,7 p. 100 en 2056, car les pressions liées au vieillissement de la population s'atténueraient vers le début des années 2030. Dans un tel scénario, les Canadiens moyens recevraient 63 p. 100 plus de services de soins de santé que ce qu'ils reçoivent aujourd'hui.

Pour conclure, je suis du même avis que M. Evans : c'est un mythe que de croire qu'une population vieillissante mettra en péril la viabilité du système de soins de santé public. La bonne nouvelle, c'est que les défis auxquels fait face le système ne sont pas des facteurs démographiques indépendants de notre volonté, mais plutôt des facteurs technologiques qui, malgré leur ampleur, se prêtent bien à un processus public sur lequel nous avons la mainmise. Comme tout autre secteur de dépenses, nous devons faire des choix et, à cette fin, nous devons lancer un débat démocratique sain sur la façon d'aller de l'avant.

Jean-Marie Berthelot, vice-président, Programmes, Institut canadien d'information sur la santé : Bonjour. Au nom de l'Institut canadien d'information sur la santé, l'ICIS, j'aimerais vous remercier sincèrement de m'avoir invité à témoigner aujourd'hui. Comme bon nombre d'entre vous le savent, les dirigeants des milieux de la santé du Canada ont fondé l'institut, un organisme autonome voué à répondre aux questions fondamentales sur la santé des Canadiens et le système de santé au moyen d'une approche systématique en matière de collecte, d'échange et d'analyse des données. Le rôle de l'ICIS ne consiste pas à faire des prévisions ou à formuler des recommandations, mais plutôt à fournir de l'information opportune, exacte et

French and English that are relevant to the committee's study. I have a few charts for today's discussion. The first report is the *National Health Expenditure Trends, 1975-2007*. The second report is a summary of a specific study called *Health Care Use at the End of Life in Western Canada*. In some ways, it references Mr. Lee's comment on those associated expenditures. As well, I will speak to three figures on spending in relation to gross domestic product in Canada and abroad.

[Translation]

We have also prepared a short document that sets out some key points of the impact of the aging population on the health care system.

At the moment, the document is only available in English. Please accept our apologies. The French version will be provided to you in the next few days together with a complete English version. My comments will be largely in English. But I will be pleased to answer your questions in English or French, as you prefer.

[English]

I will begin with health care spending in Canada. CIHI tracks health spending in the national health expenditures data base, which is well known for health spending and is being used by many researchers in Canada. It provides an overview of health care spending by spending category and source of funding. It contains a historical series of health expenditures and statistics by province and territory. The last report was released on November 13 and includes data from 1975 to 2007.

In 2007, Canada is expected to spend \$160 billion, increasing from \$150 billion for health care in 2006. This includes both publicly-funded and privately-funded health care in Canada representing an annual increase of 6.6 per cent over 2006 or 3.2 per cent after adjusting for inflation and population growth.

For the eleventh consecutive year, health care spending is expected to outpace inflation and population growth. Since 1997, the trend appears to be due to reinvestment by federal, provincial and territorial governments after a period of fiscal restraint during the early and mid-1990s.

For the eleventh consecutive year, the public sector share of spending on health care is expected to remain relatively constant at about 70 per cent. Provincial and territorial governments account for more than 90 per cent of health care expenditures by all levels of government in Canada. Health care spending by these levels of government is expected to surpass \$100 billion for the

comparable sur la santé. J'ai fourni à la greffière du comité des exemplaires de deux rapports, en français et en anglais, qui sont pertinents à l'étude du comité. J'ai apporté quelques graphiques dont j'aimerais discuter aujourd'hui. Le premier rapport s'intitule *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2007*. Le deuxième est le sommaire d'une étude spécifique intitulée *Utilisation des soins de santé en fin de vie dans les provinces de l'Ouest du Canada*. De certaines façons, il fait écho au commentaire de M. Lee sur ces dépenses connexes. De plus, j'aimerais vous parler de trois graphiques sur les dépenses par rapport au produit intérieur brut au Canada et à l'étranger.

[Français]

Nous avons aussi préparé un bref document présentant certains faits saillants de l'impact du vieillissement de la population sur le système de santé.

Pour l'heure, ce document n'est disponible qu'en anglais. Veuillez nous en excuser. La version française vous sera acheminée dans les prochains jours avec une version anglaise complète. Mes commentaires seront principalement en anglais. Toutefois, il me fera plaisir de répondre à vos questions en français ou en anglais, à votre guise.

[Traduction]

Je vais commencer par les dépenses de santé au Canada. L'ICIS suit de près les dépenses en matière de santé grâce à la base de données sur les dépenses nationales de santé, un outil bien connu dans le domaine et utilisé par de nombreux chercheurs au Canada. La base de données présente un aperçu des dépenses de santé, selon la catégorie de dépenses et la source de financement. Elle contient une série historique des dépenses de santé et des statistiques par province et territoire. Le dernier rapport, publié le 13 novembre dernier, comprend des données allant de 1975 à 2007.

En 2007, on s'attend à ce que le Canada dépense 160 milliards de dollars au titre des soins de santé, une hausse par rapport aux 150 milliards en 2006. Ce montant comprend les soins de santé financés tant par les secteurs public que privé au Canada, ce qui représente une hausse annuelle de 6,6 p. 100 par rapport à 2006, ou de 3,2 p. 100 après le rajustement en fonction de l'inflation et de la croissance démographique.

Pour la onzième année d'affilée, on s'attend à ce que les dépenses de santé devancent l'inflation et la croissance démographique. La tendance observée depuis 1997 semble être attribuable au réinvestissement des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux après une période de restriction budgétaire durant la première moitié des années 1990.

Pour la onzième année consécutive, on s'attend à ce que la part des dépenses de santé attribuable au secteur public demeure relativement stable, à environ 70 p. 100. Les dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux représentent plus de 90 p. 100 des dépenses de tous les paliers de gouvernement. Pour la première fois, les dépenses de santé de tous les paliers de

first time, which represents 65 per cent of all health care spending in Canada.

We were asked to address two questions before this committee.

The first is the health care costs associated with different age groups. Our report shows that in 2005 — the latest year available for age-specific data — per capita, health care spending by provincial and territorial governments was highest for infants under the age of 1 year at about \$7,400 per infant. For Canadians aged 65 years and over, it was about \$9,500 per person. This is in contrast to other Canadians, aged 1 to 64 years, where the average was \$1,700 per person.

We have to acknowledge that there is also a great variation among the different age groups for seniors, where the costs increase as age increases. For seniors 65 to 74 years of age, it was about \$6,000; for those aged 75 to 84 years, it was about \$11,000; and for seniors 85 years and above, it was about \$21,000.

The second question asked was in regard to the impact of population aging on health care costs. CIHI figures show that seniors aged 65 years and over accounted for an estimated 44.2 per cent of provincial and territorial government health spending in 2005, a proportion that has not changed significantly since 1998 when it was 43.6 per cent. This represents a relative share increase of 1.4 per cent in terms of the total spending allocated to seniors between 1998 and 2005.

During the same period, the population of seniors aged 65 years and over increased from 12.3 per cent to 13.1 per cent, a relative share increase of 6.5 per cent. This means the proportion of seniors has increased by 6.5 per cent since 1998, but their share of the provincial and territorial government health spending has increased by only 1.4 per cent.

Recent trends show an improvement in provincial-territorial government fiscal capacity. Provincial and territorial government revenues have exceeded expenditures since 2004. This surplus increased to \$8.4 billion in 2006. Provincial and territorial debt charges were 13.8 per cent of total expenditure and 15.8 per cent of revenues in 1993.

This situation has changed. Lower interest rates led to a lower debt charge of 9.8 per cent of expenditures and 9.6 per cent of revenues in 2006.

In 2006, provincial and territorial governments spent an average of 39.2 per cent of their total program spending — that is, total spending minus debt charges — on health care. Levels were similar in 2004 and 2005, with 2004 setting the record high at 39.6 per cent.

CIHI's report shows real increases in health care spending. Countries make choices about how much to spend on health care, and this spending is the result of those choices. Aging pressure is

gouvernement devraient dépasser les 100 milliards de dollars, ce qui correspond à 65 p. 100 du total des dépenses de santé au Canada.

Le comité nous a demandé de répondre à deux questions.

La première concerne les coûts liés aux soins de santé associés aux différents groupes d'âge. Notre rapport montre qu'en 2005 — la dernière année pour laquelle nous disposons de données par groupe d'âge — les dépenses de santé par habitant par les gouvernements provinciaux et territoriaux étaient les plus élevées chez les nourrissons de moins de un an, soit environ 7 400 \$ par enfant. Chez les Canadiens de 65 ans et plus, les dépenses se chiffraient à 9 500 \$ par personne. En revanche, les dépenses moyennes pour les autres Canadiens, âgés de 1 à 64 ans, étaient de 1 700 \$ par personne.

Nous devons reconnaître qu'il existe également un écart considérable entre les différents groupes d'âge chez les aînés, pour qui les coûts augmentent à mesure qu'ils avancent en âge. Pour les personnes âgées de 65 à 74 ans, c'était environ 6 000 \$; pour le groupe des 75 à 84 ans, environ 11 000 \$; et pour les 85 ans et plus, environ 21 000 \$.

La deuxième question qu'on nous a posée concerne les incidences du vieillissement de la population sur les coûts liés aux soins de santé. Les données de l'ICIS montrent que les personnes âgées de 65 ans et plus comptaient pour environ 44,2 p. 100 des dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux en 2005, une proportion qui n'a pas énormément changé depuis 1998, où elle était de 43,6 p. 100. La part relative a donc augmenté de 1,4 p. 100 par rapport au total des dépenses attribuées aux personnes âgées entre 1998 et 2005.

Durant la même période, le pourcentage des personnes âgées de 65 ans et plus est passé de 12,3 p. 100 à 13,1 p. 100, une hausse de la part relative de 6,5 p. 100. Cela signifie que la proportion de personnes âgées a augmenté de 6,5 p. 100 depuis 1998, mais que leur part des dépenses de santé provinciales et territoriales n'a augmenté que de 1,4 p. 100.

Les récentes tendances montrent une amélioration de la capacité budgétaire des gouvernements provinciaux et territoriaux qui enregistrent des recettes supérieures aux dépenses depuis 2004. Cet excédent est passé à 8,4 milliards de dollars en 2006. En 1993, les frais de la dette publique provinciale et territoriale représentaient 13,8 p. 100 du total des dépenses et 15,8 p. 100 des recettes.

Cette situation a changé. La diminution des taux d'intérêt a permis la baisse des frais de la dette publique, pour atteindre 9,8 p. 100 des dépenses et 9,6 p. 100 des recettes en 2006.

En 2006, les gouvernements provinciaux et territoriaux ont consacré en moyenne 39,2 p. 100 du total de leurs dépenses de programmes — c'est-à-dire les dépenses totales moins les frais de la dette publique — aux soins de santé. Les taux ont été semblables en 2004 et en 2005, avec un niveau record de 39,6 p. 100 en 2004.

Le rapport de l'ICIS montre des hausses réelles dans les dépenses de santé. Chaque pays doit décider du montant qu'il veut dépenser au titre des soins de santé, et ces dépenses découlent

only one of many factors accounting for increases in health care spending. To illustrate the situation, health care spending was compared to the proportion of gross domestic product in relation to the proportion of seniors in high-income countries that are members of the Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD. No relationship was found to exist between the proportion of seniors and the GDP spent on health care.

For example, Japan has close to 20 per cent of its population aged 65 years and over while its total health care spending is below 8 per cent. The United States has 12 per cent of its population aged 65 years and spends more than 15 per cent of its GDP on health.

Looking at the 19 countries for which data is available in 2004, there is no relationship between the portion of seniors in the population and the GDP spent on health. Choices are made about how much is invested by a society in health care and in other areas.

We also examined the increase in the proportion of seniors over a 25-year period and the increase in the health care spending to see if aging was a driving factor. Data was available for 17 high-income countries. Again, no relationship was found between the increase in the proportion of seniors and the increase in the proportion of the GDP devoted to health. It must be acknowledged that Japan comes out as a real outlier in that area. Japan has seen more than a 100 per cent increase of its population of seniors but only a 25 per cent increase in terms of its GDP dedicated to health.

Canada's data was also examined to see if there was an association. At the provincial level, the relationship between the per capita spending on health and the proportion of seniors does not correlate. For example, Quebec has approximately 14 per cent of its population who are seniors and spent close to \$2,600 per person on health care in 2005. Alberta, which currently has a very positive economic situation, has less than 11 per cent of its population aged 65 years and over, but spent slightly under \$3,200 per capita. This is not to say that aging will not have any impact on health care spending. It is only to illustrate that health care is complex, and aging is only one of the many factors related to health care spending.

CIHI also reviewed the Senate committee preliminary report released in March 2007. We can provide information on two questions identified for further study.

First, with respect to falls prevention initiatives reducing the number of falls in recent years and the exploration of medical interaction in regards to falls, we have observed between 2000-01 and 2005-06 a reduction of 13 per cent in the age-adjusted

de ses choix. La pression exercée par une population vieillissante n'est qu'un des nombreux facteurs à l'origine de l'accroissement des dépenses de santé. Pour illustrer la situation, on a comparé les dépenses de santé en pourcentage du produit intérieur brut et la proportion de personnes âgées dans des pays à revenu élevé qui sont membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques, l'OCDE. On n'a trouvé aucun lien entre la proportion de personnes âgées et la part du PIB consacrée aux soins de santé.

Par exemple, au Japon, près de 20 p. 100 de la population est âgée de 65 ans et plus, tandis que le total des dépenses de santé est inférieur à 8 p. 100. Aux États-Unis, 12 p. 100 des habitants sont âgés de 65 ans et plus et le pays consacre plus de 15 p. 100 de son PIB à la santé.

Lorsqu'on examine les 19 pays pour lesquels on dispose de données en 2004, on ne constate aucune relation entre la proportion de personnes âgées dans la population et la part du PIB consacrée à la santé. Des choix sont faits pour déterminer combien une société donnée est prête à investir dans les soins de santé et d'autres domaines.

Par ailleurs, nous avons examiné la hausse du pourcentage des personnes âgées sur une période de 25 ans et la hausse des dépenses de santé afin de voir si le vieillissement jouait un rôle. Nous disposons des données sur 17 pays à revenu élevé. Encore une fois, aucune relation n'a été établie entre la hausse du pourcentage des personnes âgées et l'augmentation de la part du PIB consacrée à la santé. Il faut reconnaître que le Japon semble une véritable aberration dans ce domaine. Le Japon a connu une croissance de plus de 100 p. 100 de sa population de personnes âgées, mais sa part du PIB consacrée à la santé n'a augmenté que de 25 p. 100.

Nous avons également examiné les données relatives au Canada pour voir s'il y avait un lien. Au palier provincial, il n'y a aucune corrélation entre les dépenses de santé par habitant et la proportion de personnes âgées. Par exemple, au Québec, les personnes âgées représentent environ 14 p. 100 de la population, et la province a dépensé près de 2 600 \$ par personne au titre des soins de santé en 2005. L'Alberta, dont la situation économique est actuellement florissante, compte moins de 11 p. 100 de personnes âgées parmi sa population, mais a dépensé un peu moins de 3 200 \$ par habitant. Cela ne veut pas dire que le vieillissement n'aura aucune incidence sur les dépenses de santé. Ces chiffres servent uniquement à illustrer la complexité du système des soins de santé et à montrer que le vieillissement n'est qu'un des nombreux facteurs liés aux dépenses de santé.

L'ICIS a également examiné le rapport préliminaire du comité sénatorial, rendu public en mars 2007. Nous pouvons fournir des renseignements sur deux questions à examiner plus à fond.

Premièrement, en ce qui concerne les initiatives de prévention visant à réduire le nombre de chutes ces dernières années et l'examen du rôle que jouent les interactions médicamenteuses dans les chutes, nous avons observé entre

hip fracture hospitalization rate in seniors. This indicates that the risk of hip fracture is decreasing in seniors.

The second question was with respect to what is being done to meet the anticipated need for geriatric and gerontological health professionals.

Between 1995 and 2006, the number of geriatric specialists in Canada nearly doubled from 111 to 204. The number of nurses employed in geriatric or long-term care has remained relatively stable since 1995 at about 26 per cent. The briefing will provide more information in terms of the human health resources and its impact on aging.

Joe Ruggeri, Professor, Department of Economics, University of New Brunswick, as an individual: I am honoured to have been called to share with this committee the findings of my research on the fiscal implications of population aging.

Population aging has important impacts on economic performance, the fiscal health of the nation and the equity aspects of federal transfers.

On the fiscal side, the debate on the impact of population aging has been one-sided. It has focused on the burden that seniors allegedly impose on the health care system, often exaggerating its dimensions, but it has ignored the contributions seniors make to society in general and to government coffers in particular.

Last year, I completed a detailed study on the fiscal benefits received and the contributions made by different age groups. My general conclusion is that, at the national level, even moderate growth rates will be able to finance the existing system of public funding of health care in Canada; we can afford even better quality health care if that is what we value. Further, we can reduce the burden on the health care system by pursuing policies that enhance environmental quality, improve conditions in the workplace and reduce poverty.

On the fiscal federalism side, where I will focus mostly, there are two fundamental issues: The adequacy of the federal contribution to provinces and the degree of interprovincial equity in the federal contributions. I will confine my comments to the second issue.

With respect to equity, two issues must be addressed. The first issue is whether the recent changes to the financing of the Canada Social Transfers, CST — which later will be extended to the Canada Health Transfers, CHT — meet horizontal equity criteria. The second issue is whether a case can be made for a

2000-2001 et 2005-2006 une réduction de 13 p. 100 du taux d'hospitalisation, ajusté selon l'âge, pour une fracture de la hanche chez les personnes âgées. C'est donc dire que le risque d'une fracture de la hanche diminue chez les personnes âgées.

La deuxième question concerne les mesures prises pour répondre aux besoins prévus de professionnels des soins gériatriques et gérontologiques.

Entre 1995 et 2006, le nombre de spécialistes en gériatrie au Canada a presque doublé, passant de 111 à 204. Le nombre d'infirmiers et infirmières en gériatrie ou en soins de longue durée est demeuré relativement stable depuis 1995, à environ 26 p. 100. Le document d'information fournira de plus amples renseignements sur les ressources humaines en santé et leur impact sur le vieillissement.

Joe Ruggeri, professeur, Département d'économie, Université du Nouveau-Brunswick, à titre personnel : Je suis honoré d'avoir été invité à vous faire part des conclusions de mes recherches sur les répercussions financières du vieillissement de la population.

Le vieillissement de la population a des incidences importantes sur le rendement économique, la santé financière du pays et la notion d'équité dans les transferts fédéraux.

Du côté financier, le débat sur l'incidence du vieillissement démographique a été partial, car on s'est concentré sur le fardeau que les personnes âgées représentent supposément pour le système de soins de santé. On a souvent exagéré les dimensions de ce phénomène, tout en faisant fi des contributions que les aînés apportent à la société en général et aux coffres du gouvernement en particulier.

L'année dernière, j'ai terminé une étude détaillée sur les avantages financiers obtenus par les différents groupes d'âge en regard de leurs contributions. J'en suis venu à la conclusion générale qu'à l'échelle nationale, même avec des taux de croissance modérés, nous pourrions financer le système actuel de financement public des soins de santé au Canada; nous avons les moyens d'accroître la qualité des soins de santé si c'est ce que nous valorisons. De plus, nous pouvons réduire le fardeau qui pèse sur le système de soins de santé grâce à l'élaboration de politiques qui augmentent la qualité environnementale, améliorent les conditions en milieu de travail et réduisent la pauvreté.

Pour ce qui est du fédéralisme fiscal, sur lequel je vais surtout me pencher, il existe deux questions fondamentales : la pertinence de la contribution fédérale aux provinces et le degré d'équité interprovinciale dans les contributions fédérales. Je vais limiter mes observations à la seconde question.

Sur le plan de l'équité, il faut examiner deux questions. La première consiste à déterminer si les récents changements apportés au financement du Transfert canadien en matière de programmes sociaux, le TCPS — dont la portée sera élargie plus tard pour inclure le Transfert canadien en matière de santé, le

special supplement to the CST based on interprovincial differences in the age distribution of the population.

With respect to the first issue, I have shown in a recent paper published by the Caledon Institute of Social Policy that this equity principle has been violated in the new fiscal arrangement for the CST introduced in the 2007 federal budget. It will be violated again when these arrangements are extended to the CHT.

With respect to the second issue, it is important to emphasize that of the three national programs in Canada — health care, post-secondary education and social services — only the first one touches on the entire population. Moreover, health care is the only national program whose costs are strongly influenced by the senior population.

Recent estimates by the Canadian Institute for Health Information show how widely per capita government expenditures for health care vary by age group. For example, in 2004, the average health care cost to the New Brunswick government for a person in the 75 to 84 age group was nearly seven times the average cost for a person in the 25 to 44 age group. This means that the per capita health costs in each province are affected by that specific province's age distribution of population. We must look at this issue on a province-by-province basis, not just on a national basis.

Estimates and projections by Statistics Canada show that the age distribution of the population, and in particular the proportion of people over 65 years of age, varies among provinces, and that variation will expand over time.

In 2004, the share of the population 65 years and over in New Brunswick was just less than 1 percentage point higher than Canada as a whole. This difference will increase to 2.2 percentage points in 2014 and 5.1 percentage points in 2030. In 2030, 28.2 per cent of New Brunswick's population will be over 65, compared to 23.1 per cent of the Canadian population as a whole.

It is the combination of different per capita health costs by age group and the interprovincial variation in the population age distribution that puts into question the use of equal per capita Canada Health Transfers.

The extra cost of health care in New Brunswick, caused by its faster growth rate of population aging, will increase over time. In about 10 years, it will be very substantial and, in my view, it will be the single most significant threat to the long-term sustainability of the New Brunswick fiscal system. It will also apply to provinces such as Prince Edward Island and Nova Scotia; it would have also

TCS — répondent à des critères d'équité horizontale. La deuxième question consiste à déterminer s'il est justifié de demander un supplément spécial au TCPS, en fonction des différences interprovinciales dans la répartition par âge de la population.

En ce qui a trait à la première question, j'ai montré dans un récent document publié par le Caledon Institute of Social Policy que le principe d'équité a été bafoué dans le nouvel accord fiscal pour le TCPS, adopté dans le budget fédéral de 2007. Ce principe sera transgressé de nouveau lorsqu'on élargira la portée de ces accords pour inclure le TCS.

Passons maintenant à la deuxième question. Il importe de souligner que parmi les trois programmes nationaux au Canada — à savoir, les soins de santé, l'enseignement postsecondaire et les services sociaux — seul le premier touche toute la population. Qui plus est, les soins de santé constituent le seul programme national dont les coûts sont fortement influencés par le groupe des personnes âgées.

Les récentes estimations de l'Institut canadien d'information sur la santé montrent à quel point les dépenses gouvernementales par habitant au titre des soins de santé varient selon le groupe d'âge. Par exemple, en 2004, les coûts moyens des soins de santé engagés par le gouvernement du Nouveau-Brunswick pour une personne dans le groupe d'âge des 75 à 84 ans étaient supérieurs de presque sept fois au coût moyen pour une personne dans le groupe d'âge des 25 à 44 ans. Cela signifie que les coûts de santé par habitant dans chaque province sont influencés par la répartition par âge de la population de cette province. Nous devons donc examiner cette question province par province, et non pas seulement à l'échelle nationale.

Les estimations et les projections de Statistique Canada démontrent que la distribution de l'âge de la population, et en particulier la proportion de personnes âgées de plus de 65 ans, varie entre les provinces, et cet écart s'accroîtra avec le temps.

En 2004, la proportion de la population âgée de 65 ans et plus au Nouveau-Brunswick était d'un peu moins de un point de pourcentage de plus que dans le reste du Canada dans son ensemble. Cet écart augmentera à 2,2 points de pourcentage en 2014 et à 5,1 points de pourcentage en 2030. En 2030, 28,2 p. 100 de la population du Nouveau-Brunswick aura plus de 65 ans, comparativement à 23,1 p. 100 de la population canadienne dans son ensemble.

C'est la combinaison de coûts différents de la santé par habitant, par groupe d'âge et la variation entre provinces dans la répartition de l'âge de la population qui remettent en question la validité des transferts égaux par habitant en matière de santé.

Les coûts supplémentaires des soins de santé au Nouveau-Brunswick, qu'entraîne la croissance plus rapide de la population qui vieillit, augmenteront avec le temps. Dans une dizaine d'années, ils seront d'importance et ce sera, à mon avis, la plus grande menace qui pèsera sur la viabilité à long terme du régime financier du Nouveau-Brunswick. Il en sera de même

applied to Newfoundland, but they may have enough financial clout by that time.

The numbers from my original paper have been reworked based on the recent information from the Canadian Institute for Health Information. The results are the same. In 2004, the actual per capita health care spending by the New Brunswick government, excluding capital spending, was \$2,479. If New Brunswick had the same age distribution as that of the country as a whole, this value would have been \$2,380. This means that the higher level of population aging in New Brunswick increased provincial health care spending in that province by an average of nearly \$100. It is not very much, and that is why no one is paying much attention to it. However, the per capita differential spending increases to \$296 in 2014 and to over \$1,000 in 2030.

Therefore, when we multiply these per capita values by the New Brunswick population, we obtain the total difference in the cost to be borne entirely by that provincial government. In 2004, the extra cost for the New Brunswick government for the higher level of population aging was only \$75 million. This extra cost will increase to \$225 million a year in 2014, and \$782 million in 2030.

I calculated these numbers for every year from 2004 to 2030, and discounted them by the rate of inflation of 2 per cent, which is the same rate that is usually incorporated in the estimates of health care spending. Over the entire period from 2004 to 2030, the cumulative value of this additional cost to the New Brunswick government will amount to \$6 billion at today's dollar value. To put it into perspective, this amount equals the total budget of the New Brunswick government in 2006-07.

In conclusion, unequal rates of population aging across Canada will have serious implications for provincial budgets and also for regional economic and fiscal disparities. The inequities introduced in the proposed new formula for allocating cash payments to provinces will aggravate the situation.

I have three recommendations. We need to restore interprovincial equity in the basic structure of the CHT financing, which assumes equal per capita costs. We need to introduce a special, and separate, cash supplement for provinces with faster rates of population aging. Finally, we should recognize that the interprovincial dimensions of population aging go far beyond health care financing. Therefore, I suggest the establishment of a joint federal-provincial task force to conduct a thorough study of the economic and fiscal impacts of population aging and its effects on fiscal federalism.

pour les provinces comme l'Île-du-Prince-Édouard et la Nouvelle-Écosse; cela aurait été aussi le cas de Terre-Neuve, mais peut-être la province aura-t-elle gagné suffisamment de poids financier d'ici là.

Les chiffres de mon document original ont été révisés à la lumière de renseignements récents obtenus de l'Institut canadien d'information sur la santé. Les résultats sont les mêmes. En 2004, la dépense réelle par habitant sur la santé du gouvernement du Nouveau-Brunswick, à l'exclusion de la dépense en capital, se chiffrait à 2 479 \$. Si le Nouveau-Brunswick avait la même répartition de l'âge que le reste du pays, cela aurait été 2 380 \$. Cela signifie que la plus grande proportion de population plus âgée au Nouveau-Brunswick a augmenté les frais de la province en matière de santé d'une moyenne de près de 100 \$. Ce n'est pas beaucoup, et c'est pourquoi personne n'y fait très attention. Pourtant, la dépense différentielle par habitant augmente à 287 \$ en 2014, et à plus de 1 000 \$ en 2030.

Par conséquent, quand on multiplie ces valeurs par habitant par la population du Nouveau-Brunswick, on obtient le total de la différence des coûts que devra entièrement assumer le gouvernement de la province. En 2004, le coût supplémentaire, pour le gouvernement du Nouveau-Brunswick, que l'on peut attribuer à la plus grande proportion de population plus âgée, n'était que de 75 millions de dollars. En 2014 ce sera de 225 millions de dollars, et 782 millions de dollars en 2030.

J'ai calculé ces sommes pour chaque année de 2004 à 2030, en tenant compte d'un taux d'inflation de 2 p. 100, soit le même qui est généralement calculé dans les estimations des dépenses en santé. Sur toute la période de 2004 à 2030, le chiffre cumulé de ce coût supplémentaire pour le gouvernement du Nouveau-Brunswick sera de 6 milliards de dollars, selon la valeur actuelle du dollar. Pour mettre les choses en perspective, ce montant est égal au budget total du gouvernement du Nouveau-Brunswick pour 2006-2007.

Pour terminer, l'inégalité des proportions de la population qui vieillit dans tout le Canada aura de sérieuses répercussions sur les budgets provinciaux, et aussi sur les disparités économiques et fiscales entre régions. Les iniquités qu'a créées la nouvelle formule proposée de répartition des paiements en espèces aux provinces ne feront qu'aggraver la situation.

J'ai trois recommandations à faire. Nous devons rétablir l'équité entre provinces dans la structure fondamentale du financement du Transfert canadien pour la santé, fondée sur le postulat des coûts égaux par habitant. Nous devons créer un supplément spécial et distinct pour les provinces dont la population accuse un vieillissement plus rapide. Enfin, nous devrions reconnaître que les dimensions du vieillissement de la population entre provinces vont bien au-delà du financement des soins de santé. Par conséquent, je suggère la création d'un groupe de travail mixte fédéral-provincial pour effectuer une étude approfondie des impacts économiques et fiscaux du vieillissement de la population et de ses effets sur le fédéralisme fiscal.

The Chair: Thank you very much. I wish you had been a “fly on the wall” last week when we had the discussion of per capita funding with the Department of Finance Canada. They seemed to think that everything smelt like roses.

Let me begin our questioning this afternoon with Senator Keon.

Senator Keon: There is so much to go into, but I would like to start with Mr. Ruggeri. As our chairman mentioned, the financial people told us last week that the formulas are there. They have the formulas in the transfer payments and in the financial equity to compensate for the kind of problems you have just described. If one province has more needs because of an aging population, the transfer payments and the equalization payments will find a way of balancing that out.

I was not satisfied with that because I feel they are looking at the situation from a very high level, but when we get to the ground, that is not happening. Would you expand on your recommendations? You are calling for another look at this.

Mr. Ruggeri: Yes. The programs that we have are based on equal per capita payments. Equalization is just an equal per capita payment and is not directly related to health care. If health care costs are higher in New Brunswick, it would be because of population aging. Equalization will not take that into consideration because, for them, age is irrelevant for that program. Equalization is not really aimed at that and is not geared for that. The Canada Health Transfer was set up in a manner, before this budget, that took into consideration or at least took care of the equal costs.

The basic assumption between both programs is the per capita cost across the country. That is why this needs to be a separate supplement. The way that the equity in this program was introduced was the combination of the cash transfers and the value of the tax points, which was the total value of resources acquired by the provinces starting in 1977 with the establishment program financing and later on in 1995, so that every province received equal per capita transfer of total resources, a combination of the two.

However, in the 2007 budget, the system has been changed where the cash is equal but the tax points are not because they are not equalized to the top, as they used to be. The system we have now, and whenever it will be extended to 2014-15 to the Canada Health Transfers, will provide more total per capita resources to the provinces that have the least pressures on health care. These will be Alberta and Ontario, whose population on average will be much younger than in the Atlantic regions and even in Quebec.

Senator Keon: Mr. Lee, perhaps you could start, but I would like the whole panel to respond to this. The difference between Canada and Japan has been raised already, and it is very curious. I wonder if it does not have to do with the philosophy of end of

Le président : Merci beaucoup. J'aurais bien aimé que vous ayez pu assister la semaine dernière à une discussion que nous avons eue avec le ministère des Finances au sujet du financement par habitant. Ils semblent penser que tout va comme sur des roulettes.

Permettez-moi d'entamer notre période de questions cet après-midi avec le sénateur Keon.

Le sénateur Keon : Il y a tant de choses dont il faudrait parler, mais je commencerai avec M. Ruggeri. Comme l'a dit notre président, les gens du ministère des Finances nous ont dit la semaine dernière que les formules existent. Ils appliquent des formules dans les paiements de transfert et l'avoir financier pour compenser pour le genre de problèmes que vous venez de décrire. Si une province a des besoins plus grands à cause d'une population vieillissante, les paiements de transfert et les paiements de péréquation trouveront le moyen d'équilibrer tout cela.

Je n'en suis pas satisfait parce que j'ai l'impression qu'ils observent la situation de très haut, mais au niveau du sol, rien n'arrive. Est-ce que vous pourriez expliquer un peu vos recommandations? Vous suggérez un autre examen du sujet.

M. Ruggeri : Oui. Les programmes que nous avons partent du principe de paiements égaux par habitant. La péréquation n'est qu'un paiement égal par habitant, et n'est pas directement liée aux soins de santé. Si les coûts des soins de santé sont plus élevés au Nouveau-Brunswick, ce serait à cause du vieillissement de la population. La péréquation n'en tient pas compte, parce que pour eux, l'âge n'est pas pris en compte dans ce programme. Ce n'est pas vraiment ce que vise la péréquation, elle n'est pas prévue pour cela. Le Transfert canadien pour la santé a été créé d'une manière, avant ce budget, à en tenir en compte, ou du moins à régler la question des coûts égaux.

Les deux programmes partent de l'hypothèse de base du coût par habitant dans tout le pays. C'est pourquoi il faut un supplément distinct. La manière dont l'équité a été assurée dans ce programme, c'est en combinant les transferts en espèces et la valeur des points d'impôt, soit la valeur totale des ressources acquises par la province à compter de 1977, avec le financement du programme d'établissement et, plus tard en 1995, afin que chaque province reçoive un transfert égal par habitant du total des ressources, ce qui est une combinaison des deux.

Cependant, dans le budget de 2007, le système a été modifié de manière que le montant en espèces est égal, mais les points fiscaux ne le sont pas parce qu'il n'y a pas de péréquation au plus haut niveau, comme c'était le cas auparavant. Le système que nous avons maintenant, et quand il sera prolongé jusqu'en 2014-15 et intégré au Transfert canadien pour la santé, versera plus de ressources par habitant, globalement, aux provinces qui subissent le moins de pressions au plan de la santé. Ce sera donc l'Alberta et l'Ontario, dont la population en moyenne sera nettement plus jeune que dans les régions de l'Atlantique, et même au Québec.

Le sénateur Keon : Monsieur Lee, peut-être pourriez-vous commencer, mais j'aimerais que tous les témoins puissent répondre à ce qui suit. Il a déjà été question de la différence entre le Canada et le Japon, et c'est très curieux. Je me demande si

life, which, as you have told us, is expensive in health care whether it occurs in the first year or last year of life. For some reason, the Japanese are not seeing the increase in cost as the elderly spend their last year.

I have never seen or heard of any data that has drilled down on end-of-life situations as it affects aging — forget about the first year of life, but as it affects aging. Here is an enormous opportunity for some useful interventions. Senator Carstairs, in her work with a palliative care and so forth, has contributed much to this. We are now reaching a point in Canada where people want to die at home rather than in the hospital, comfortably rather than hooked up to expensive equipment and such.

Mr. Lee, do you know of any data bank that can take us specifically to the fundamental terminal events at end of life that would sort out the effect of this on the increase in the health care costs to the aging population?

Mr. Lee: Listed in the references to my paper are a couple of studies that are relevant to that question. I would be happy to provide all of the gory details, should you wish them.

Hogan and Pollak did a study in 2001. They divided the population into over 65 years of age and under 65 years of age, and then further split it into two groups, people who were in their final year of life and those who were not. They found that there is a pure aging effect. It essentially doubles for the over 65 years of age group compared to the under 65 years of age group, both of which are not in their final year of life. However, they found that for both the under 65 and over 65 age groups, there is a tremendous increase in the costs for that final year of life. For the under 65 age group, not in the final year of life, it is approximately \$368 per capita per year. For the over 65 age group, not in their final year of life, it jumps up to \$670 or so. For all groups in their final year of life, there are different numbers for men and women but ranging from \$30,000 to \$50,000 per capita per year. Those are some pretty significant findings that put some empirical data to the question you are posing.

Another study was done by Kim McGrail and others, who also looked at this in the context of long-term and acute care spending, using microdata. They have come to a similar finding that most of what is happening is really what is happening in this final year of life. The pattern that we see in terms of average per capita spending by different age groups can be explained, in large part — at least the degree to which the over 85 year olds deviate from

elle n'a pas quelque chose à voir avec la philosophie de la fin de vie qui, comme vous nous l'avez dit, est coûteuse en soins de santé, que ce soit la première année de vie ou la fin de la vie. Pour une raison ou une autre, les Japonais ne voient pas d'augmentation des coûts pendant la dernière année de vie des personnes âgées.

Je n'ai jamais vu ni entendu parler de données portant précisément sur la situation en fin de vie, en ce qui concerne le vieillissement — laissons de côté la première année de vie et parlons du vieillissement. Voici là une fabuleuse occasion de faire des interventions utiles. Le sénateur Carstairs, avec son travail sur les soins palliatifs et autres, y a largement contribué. Nous arrivons à un point, au Canada, où les gens veulent mourir chez eux plutôt qu'à l'hôpital, dans le confort plutôt que branchés à toutes sortes d'appareils coûteux.

Monsieur Lee, savez-vous s'il existe une banque de données qui pourrait nous exposer précisément les événements fondamentaux de la fin de la vie en faisant la part entre l'effet de ceci sur l'augmentation des coûts des soins de santé et la population vieillissante?

M. Lee : Dans les références que j'ai données dans mon document se trouvent quelques études qui portent sur le sujet. Je vous en exposerai volontiers tous les détails sordides si vous le voulez.

Hogan et Pollak ont fait une étude en 2001. Ils ont réparti la population entre les personnes âgées de plus et de moins de 65 ans, et encore en deux groupes, soit ceux qui vivaient leurs dernières années et ceux qui allaient continuer. Ils ont constaté un effet pur du vieillissement. Le coût double, en gros, pour le groupe d'âge de plus de 65 ans comparativement à celui de moins de 65 ans quand ces gens n'en sont pas à leur dernière année de vie. Cependant, ils ont trouvé que tant pour les groupes d'âge de plus que de moins de 65 ans, il y a une augmentation phénoménale des coûts pendant la dernière année de vie. Pour le groupe des personnes de moins de 65 ans qui ne vivent pas leur dernière année, c'est environ 368 \$ par habitant par année. Pour le groupe des personnes de plus de 65 ans qui ne vivent pas leur dernière année, ce chiffre passe à 670 \$ environ. Pour tous les groupes, dans la dernière année de vie, les chiffres diffèrent entre les hommes et les femmes, mais c'est de l'ordre de 30 000 à 50 000 \$ par habitant par année. Ce sont là des constatations très importantes qui intègrent des données empiriques à la question que vous posez.

Une autre étude a été faite par Kim McGrail et ses collègues, qui se sont aussi intéressés à la question dans le contexte de la dépense en soins de longue durée et de courte durée, en s'appuyant sur des microdonnées. Ils sont arrivés à des conclusions similaires, c'est-à-dire que la plus grande partie de ce qui arrive se passe pendant la dernière année de vie. La ventilation que nous observons, en terme de moyenne de dépenses

groups aged under 65, with this end of life and simply the demographics of what is happening in that particular age group.

Senator Keon: Doctor Evans, before you respond, let me try to focus this. Do you know of any information that separates that last year of life in the elderly and the terminal events in that last year in Canada as opposed to Japan?

Mr. Evans: As opposed to Japan, no, I do not. I do know a little bit about the last study that Mr. Lee referred to because it was done at our centre. Kim McGrail is one of my associates. There are several important things you need to keep in mind about those numbers. The big component of cost in that last year of life is long-term institutional care. Once we start talking about people over 85 years of age, we are talking about a high proportion of people in long-term institutional care. If a person has been in long-term care, in institutional care, in a bed, for a year or two years prior to death, which is often the case — some people do come back out into the community but most do not — that does create a large loading of cost in that last year.

The costs are not in the television picture of heroic measures being applied to keep people alive for another 24 hours. The costs in that last year of life, particularly for the very elderly, have to do with forms of institutional care.

I can speak from personal experience about people wanting to die at home. Within the last two years, I have lost both my mother and mother-in-law, who were able to die at home, exactly what they wanted, as a result of effective, high-quality community support in Ottawa and Victoria. Those were, as much as any death can be, good deaths. Spending two years — that is long, but it happens — in an institutional setting is not a good death, but it generates a lot of costs.

As for the palliative care, as a member of the royal commission in B.C. nearly 20 years ago now, we had a chance to talk to many people running palliative care programs on the ground and found that the term covered a multitude of sins. It ranged from the classic palliative care concept, which the Zorzas pioneered with the death of their daughter, in which the setting is made as home-like as possible. It is in the home, if possible; if not, it is in a home-like setting, and the heavy-duty, high-tech interventions are withdrawn.

There were one or two programs that were exemplary in that form, where one could say to oneself yes, I could die here too — though not today perhaps.

par habitant selon les différents groupes d'âge, peut être expliquée, en grande partie — du moins la mesure dans laquelle les personnes âgées de plus de 85 ans se démarquent des groupes âgés de moins de 65 ans — par ce facteur de fin de vie et, simplement, les données démographiques de ce qui arrive dans ce groupe d'âge particulier.

Le sénateur Keon : Docteur Evans, avant de répondre, permettez-moi de préciser un peu ma question. Est-ce que vous connaissez des études qui comparent cette dernière année de vie chez les personnes âgées et les événements de fin de vie, pendant cette dernière année au Canada, avec le Japon?

M. Evans : Comparativement au Japon, non je ne le sais pas. Je suis un peu au courant de la dernière étude dont a parlé M. Lee, parce qu'elle a été effectuée dans notre centre. Kim McGrail est une collègue. Il y a plusieurs facteurs importants qu'il ne faut pas oublier quand on parle de ces chiffres. La grande composante du coût, pendant cette dernière année de vie, est constituée des soins de longue durée en institution. Une fois qu'on commence à parler de gens de plus de 85 ans, on parle d'une forte proportion de personnes qui vivent dans des établissements de soins de longue durée. Si quelqu'un passe un an ou deux dans un tel établissement, dans un lit, avant de mourir, ce qui est souvent le cas — certains reviennent dans la communauté, mais la plupart, non — cela crée une énorme surcharge des coûts pendant la dernière année.

Les coûts ne sont pas mentionnés dans l'image que donne la télévision des mesures héroïques qui sont prises pour garder des gens en vie 24 heures de plus. Les coûts de cette dernière année de vie, particulièrement pour les personnes très âgées, sont reliés à certaines formes de soins en institution.

Je peux parler d'après mon expérience personnelle de gens qui veulent mourir chez eux. Ces deux dernières années, j'ai perdu ma mère et ma belle-mère, qui ont pu mourir chez elles, exactement comme elles le souhaitaient, grâce à un soutien efficace et de grande qualité qu'elles ont reçu de la communauté à Ottawa et Victoria. Elles ont eu, dans la mesure où une mort peut être bonne, de bonnes morts. Le fait de passer deux ans — c'est long, mais cela arrive — dans un cadre institutionnel ne fait pas une bonne mort, mais cela génère d'énormes coûts.

Quant aux soins palliatifs, en ma qualité de membre de la commission royale en Colombie-Britannique, il y a quelque 20 ans, maintenant, nous avons eu l'occasion de parler à bien des gens qui dirigeaient des programmes de soins palliatifs sur le terrain, et nous avons constaté que le terme comportait une multitude de sens. Cela allait du concept classique des soins palliatifs, que les Zorzas ont lancé avec le décès de leur fille, où un cadre est créé qui reproduit autant que possible celui du domicile. C'est chez soi, si possible; si ça ne l'est pas, c'est dans un cadre semblable à chez soi, et les lourdes interventions de pointe sont supprimées.

Il y a eu un ou deux programmes exemplaires de ce genre, où quelqu'un pouvait se dire oui, je pourrais, moi aussi, mourir ici — mais peut-être pas aujourd'hui.

There were people who labelled palliative care as simply the addition of some sort of psychological support services to people in regular wards or in intensive care units. In other words, the concept of palliative care had not gotten through and was a way of loading additional services on to the process of dying.

I have a concern here with Mr. Lee's language, when he talks about enrichment of services over time. There is no question that we are doing more things to the elderly, and for the elderly, whether or not they are in that last year of life. Those utilization-by-age curves are going up in terms of everything but actual in-patient beds. Much more is happening.

However, the point I want to emphasize with the comparison between Vancouver, Toronto and Halifax with respect to cardiac care is that it is not clear whether what is happening has any benefits to the patient. More detailed studies done in the U.S. of those geographic, clinical variations show that in that context — we do not know if it is true in Canada — the more intensive servicing is associated with higher mortality, not lower, after adjusting for the condition of the patient.

The term "enrichment," used in all innocence, carries with it the implication that this is actually doing people some good. The answer to that is yes, in many cases it is; and in many cases, it is not. We need to focus our attention on sorting those areas out. Senator Keon will remember some of the data I presented in Ottawa about a month ago, from the report from the Canadian Institutes for Health Research and the Heart and Stroke Foundation of Canada, which illustrated that very powerfully.

Senator Keon: Mr. Berthelot, did anything come up in your CIHI data that shed light on this issue that I have raised? Are we confusing aging with end of life from a medical-economic point of view?

Mr. Berthelot: We just did a study looking at end of life in four Western provinces, but we focused on people who died. We did not have a control group, and I think we should look at that.

It is mainly a repetition of what other witnesses have said, which is that there is clearly an increase in the end-of-life costs. That increase seems to be larger for terminally ill patients than for those who suffer a sudden death. We looked at the proportion of people who died in hospital, and it varied significantly. Two-thirds of terminally ill patients died in hospital; for those with organ failure, it was 60 per cent; and for sudden deaths, it was about 30 per cent. Depending on the disease people have, there is an impact.

We also have to acknowledge that with aging come chronic conditions, which, in themselves, will generate some costs. I am not aware of a study that looks at the impact of end of life specifically and removes it in aging. However, we know that aging is also related to arthritis, which needs hip and knee replacement;

D'aucuns ont qualifié les soins palliatifs de simple ajout d'une espèce de service de soutien psychologique pour les patients des services de soins réguliers ou de soins intensifs. Autrement dit, le concept des soins palliatifs n'était pas passé et était un moyen d'ajouter d'autres services au processus de la mort.

Je m'inquiète des propos de M. Lee, quand il parle d'enrichissement des services avec le temps. Il ne fait pas de doute que nous faisons plus aux personnes âgées et pour les personnes âgées, qu'elles soient ou non en train de vivre cette dernière année. Ces courbes d'utilisation par âge sont en hausse sur tous les plans, à part celui du nombre de lits pour les patients hospitalisés. Il se passe bien d'autres choses.

Cependant, ce sur quoi j'aimerais insister, en ce qui concerne la comparaison entre Vancouver, Toronto et Halifax, relativement aux soins cardiologiques, c'est qu'on ne sait pas encore exactement si ce qui se passe est avantageux pour le patient. Les études plus détaillées effectuées aux États-Unis sur ces variations géographiques et cliniques démontrent que dans ce contexte — on ne sait pas si c'est aussi vrai au Canada — l'offre plus intensive de services est associée à un plus haut taux de mortalité, au lieu de plus bas, après ajustement à l'état du patient.

Le terme « enrichissement » employé en toute innocence, est porteur du sous-entendu que c'est, en fait, bon pour la population. La réponse à cela, c'est oui, bien souvent, c'est vrai; et bien souvent ça ne l'est pas. Nous devons nous efforcer de faire la part des choses. Le sénateur Keon se rappelle certainement de certaines données que j'ai présentées à Ottawa il y a près d'un mois, extraites du rapport des Instituts canadiens de recherche en santé et de la Fondation des maladies du cœur du Canada, qui illustraient cette réalité de façon très convaincante.

Le sénateur Keon : Monsieur Berthelot, y a-t-il quoi que ce soit, dans les données de l'ICIS, qui fasse la lumière sur le problème que j'ai soulevé? Est-ce que nous confondons le vieillissement avec la fin de vie, d'un point de vue médico-économique?

M. Berthelot : Nous venons de terminer une étude portant sur la fin de la vie dans quatre provinces de l'Ouest, mais nous nous sommes concentrés sur les personnes qui mouraient. Nous n'avions pas de groupe de contrôle, et je pense qu'il faudrait l'envisager.

C'est surtout une répétition de ce que d'autres témoins ont dit, c'est-à-dire qu'il y a nettement une augmentation des coûts en fin de vie. Cette augmentation semble plus importante pour les personnes en phase terminale que pour ceux qui meurent subitement. Nous avons étudié la proportion des gens qui mouraient à l'hôpital, et les coûts variaient énormément. Deux tiers des patients en phase terminale mouraient à l'hôpital; de ceux qui souffraient d'une insuffisance des organes, c'était 60 p. 100; pour les morts subites, c'était 30 p. 100. La nature des maladies dont les gens souffrent fait une différence.

Nous devons aussi reconnaître qu'avec le vieillissement viennent les troubles chroniques qui, en soit, engendrent des coûts. Je ne connais aucune étude qui ait porté sur l'incidence de la fin de vie précisément, et qui la supprime avec le vieillissement. Cependant, nous savons que le vieillissement est aussi lié à

it is related to heart disease and cancer. Obviously, people do not necessarily die when they are diagnosed with a disease, so there is also an increased cost of diabetes and other chronic conditions.

We always use Japan because it is a counter example. However, if we look at the current spending in 2004 and the proportion of seniors, Italy, Japan and Germany are very close in terms of the proportion of seniors. Italy is below Canada in its GDP and Germany is just a bit higher. Even in countries that are more Western-style cultures, we see a great variation in the amount of gross domestic product devoted to health or health care. It is not just a Japanese phenomenon; they are perhaps the most extreme example, but we see it in other industrialized countries.

The Chair: Mr. Ruggeri, you mentioned something that was very interesting. I must say that my orientation was to recognize that there was a per capita deficit; that if some provinces that were aging more rapidly than other provinces, and the same per capita sums of money were being given for seniors programs — putting aside health care programs, which obviously would be a significant part — then the exact same anomaly that you made reference to would be created.

We had the Department of Finance people here last week, who mentioned not only the equalization argument, but also if there is a seniors population, there will be fewer children in primary school. There will be monies that can be saved on the education file to put into the seniors' file.

I do not buy that argument, but I was interested in your suggestion of doing not one thing, but two things. You were saying that we should solve the per capita problem, but we should also have a supplemental program. Would you like to differentiate what you mean by those two suggestions?

Mr. Ruggeri: The fundamental structure of the programs that we have to deal with fiscal federalism — which is really equalization and the combination of the Canada Social Transfer and the Canada Health Transfer, that used to be one lump until a couple of years ago — should remain the same, so there is clarity of purpose and accountability. We can see where it goes.

These programs have been developed over quite some time. They are all on the revenue side and were developed with the assumption that the provincial per capita costs that the federal government supports are equal across the country. That component should remain there because that is the foundation, and it makes it easier to compare the equity of what the federal government does.

l'arthrite, qui engendre la nécessité du remplacement de la hanche et du genou; il est lié aux maladies cardiaques et au cancer. Évidemment, les gens ne meurent pas nécessairement quand ils reçoivent un diagnostic de maladie, alors il y a aussi le coût accru du diabète et d'autres troubles chroniques.

Nous pensons toujours au Japon parce que c'est un contre-exemple. Toutefois, si nous regardions la dépense actuelle, en 2004, et la proportion des aînés, l'Italie, le Japon et l'Allemagne sont très proches au plan de la proportion d'aînés. L'Italie est sous le Canada pour le PIB, et l'Allemagne est juste un peu plus haut. Même dans les pays de culture plus occidentale, nous observons un énorme écart dans la part du produit intérieur brut consacrée à la santé ou aux soins de santé. Ce n'est pas qu'un phénomène japonais; ils sont peut-être l'exemple le plus extrême, mais nous le constatons dans d'autres pays industrialisés.

Le président : Monsieur Ruggeri, vous avez parlé de quelque chose de très intéressant. Je dois dire que je suis porté à reconnaître qu'il y a un déficit par habitant; que si la population de certaines provinces vieillissait plus rapidement que d'autres et la même somme par habitant était attribuée aux programmes pour les aînées — sans tenir compte des programmes de soins de santé, qui manifestement en seraient une grande partie — les mêmes anomalies, en tous points, dont vous avez parlé, seraient créées.

Nous avons reçu ici des représentants du ministère des Finances, qui ont non seulement soulevé l'argument de la péréquation, mais ont dit aussi que s'il y a une population d'aînés, il y aura moins d'enfants dans les écoles primaires. On pourrait épargner sur le budget de l'éducation et verser la différence dans celui des aînés.

Je ne suis pas d'accord avec cet argument, mais j'ai été intéressé par votre suggestion de faire non seulement une, mais bien deux choses. Vous disiez que nous devrions résoudre le problème de la répartition par habitant, mais nous devrions aussi avoir un programme de supplément. Est-ce que vous pourriez, s'il vous plaît, expliquer ce que vous entendez par ces deux suggestions?

M. Ruggeri : La structure fondamentale des programmes avec lesquels nous devons composer, avec le fédéralisme fiscal — qui est, en fait, la péréquation et la combinaison du Transfert canadien en matière de programmes sociaux avec le Transfert canadien pour la santé qui, auparavant, était un montant forfaitaire jusqu'à il y a deux ou trois ans — devrait rester la même, pour que le but et les responsabilités soient clairs. Nous pouvons voir où va l'argent.

Ces programmes ont pris beaucoup de temps à être conçus. Ils sont tous du côté du revenu et ont été conçus en partant de l'hypothèse que les coûts par habitant que le gouvernement fédéral assume pour les provinces sont égaux dans tout le pays. Cette composante devrait rester parce que c'est l'hypothèse de base, et elle facilite la comparaison de l'équité des mesures qu'applique le gouvernement fédéral.

In equalization, the grant is on a per capita basis. The formula has been changed in a manner now that penalizes the smaller provinces — particularly New Brunswick and Prince Edward Island. That is a change that they made in the structure, but the fundamental principle is there.

With respect to health care, if we just look at that component, it is basically the same principle. We assume that the per capita costs are equal, and then we maintain equity in that respect. It used to be done in that way for all the components, including post-secondary education and social services.

Now that it is split in a change made this year in the budget, we have moved away from that equity principle. I did not bring copies of that paper with me. It is only in English and was published a couple of months ago by the institute where I do the actual calculations. It shows how in 2006, every province was receiving exactly the same per capita amount combined in the tax values, but now it has changed. Of course, this difference will increase in the future.

My first point is that we should fix the equity and establish it in the fundamental program. With respect to this other issue of having more seniors and not having as many students, a study was completed in 2000 at the University of Ottawa and was published in the *Canadian Tax Journal*. The CHIC at the time looked at the component to determine whether one was offsetting the other. They found there was not much of an offset. That is because the per capita cost of an elementary school child might be a bit less than that of a high school student but not as much as the per capita cost of health care with respect to age. There is no federal money there anyway. For the federal government, it is only with post-secondary education, and there is not much difference between the cost per student in New Brunswick and in Alberta.

Therefore, it is the large variation in the age per cost and the much larger disparity in the age distribution of the population that create this problem. This should be a separate program so that we know it is related to a particular issue that has a beginning and an end.

This population problem will not last forever. We have heard already that after 2030, it will not be as bad. There is no need to restructure a program for a temporary issue, but rather deal with this separately so that we know what it addresses.

The Chair: Thank you. That was extremely useful.

[Translation]

Senator Chaput: Mr. Berthelot, you gave us some statistics based on age. For example, you indicated that health-related costs are \$6,000 for every person between the ages of 65 and 74. Even though the number of Canadians between the ages of 65 and 74 has increased, health service costs for that age group have not increased. Is that what you said?

En péréquation, la subvention est calculée par habitant. La formule a changé d'une manière qui, maintenant, pénalise les plus petites provinces — particulièrement le Nouveau-Brunswick et l'Île-du-Prince-Édouard. C'est un changement qui a été fait dans la structure, mais le principe fondamental reste.

En ce qui concerne les soins de santé, si nous regardions cette composante c'est, en gros, le même principe. On part du principe que les coûts par habitant sont égaux, et ensuite on maintient l'équité sur ce plan. Auparavant, c'est ainsi qu'on faisait pour toutes les composantes, y compris l'éducation postsecondaire et les services sociaux.

Maintenant que c'est divisé, à la suite d'un changement apporté cette année au budget, nous perdons de vue le principe de l'équité. Je n'ai pas de copies de ce document avec moi. Il n'est qu'en anglais et a été publié il y a deux ou trois mois par l'institut où je fais les calculs. Il démontre comment, en 2006, chaque province recevait exactement le même montant par habitant combiné au montant des impôts, mais maintenant c'est changé. Bien sûr, cet écart ne fera que grandir avec le temps.

La première chose, c'est que nous devrions rétablir l'équité et l'intégrer dans le programme de base. En ce qui concerne cette autre hypothèse, selon laquelle il y aura plus d'aînés et moins d'étudiants, une étude a été effectuée en 2000 à l'Université d'Ottawa, qui a été publiée dans le *Canadian Tax Journal*. L'ICIS, à l'époque, a examiné cet aspect pour déterminer si l'un neutralisait l'autre. Ils ont constaté que l'incidence n'était pas très grande. C'est parce que le coût par habitant d'un élève de l'école primaire pourrait être un peu moins que celui d'un élève de l'école secondaire, mais pas dans la même mesure que le coût par habitant des soins de santé en fonction de l'âge. Il n'y a pas de fonds fédéraux pour cela, de toute façon. Pour le gouvernement fédéral, ce n'est qu'avec l'éducation postsecondaire, et il n'y a pas tellement de différence entre le coût par élève au Nouveau-Brunswick et en Alberta.

Par conséquent, c'est l'énorme écart de l'âge par coût et la bien plus grande disparité dans la répartition de l'âge de la population qui créent ce problème. Ce devrait être un programme distinct pour que nous puissions savoir qu'il est lié à un problème particulier qui a un début et une fin.

Ce problème de population ne durera pas éternellement. Nous avons déjà entendu qu'après 2030, il ne sera pas si grave. Il n'est pas nécessaire de restructurer un programme pour un problème temporaire, mais il faut plutôt composer avec ceci séparément pour savoir qu'est-ce que nous réglons.

Le président : Merci. C'était très instructif.

[Français]

Le sénateur Chaput : Monsieur Berthelot, vous nous avez donné quelques statistiques en fonction de l'âge. À titre d'exemple, vous avez indiqué qu'il coûte 6 000 \$ par personne entre 65 ans et 74 ans, en frais reliés à la santé. Même si le nombre de Canadiens âgés entre 65 et 74 a augmenté, les coûts pour les services de santé pour cette catégorie d'âge n'ont pas augmenté. Est-ce bien ce que vous avez dit?

Mr. Berthelot: That is not quite what I said. I was talking about everyone over 65. I said that the increase in that population is 6.5 per cent of Canada's population as a whole, whereas the increase in health care costs for people 65 and over is only 1.4 per cent. Therefore, the population is seen to be aging, with more people aged 65 and older.

We also see — for the public system, not for the health care system as a whole — that overall costs for services provided by provincial and territorial governments have increased less rapidly than the proportion of the population of 65 and over.

Senator Chaput: Did you go as far as to identify the factors, to find out the reason?

Mr. Berthelot: We did not identify all the factors. As Mr. Evans said, a number of factors explain why health costs have increased: they include technology, the fact that more services are offered, the inflation rate. Those factors play a role.

As to specific factors for older people, Statistics Canada's studies show that older people today are healthier than those of 30 years ago. Is there a direct link? I cannot tell you.

Senator Chaput: Could the factors that make older people healthier today be the same as the ones that mean that health costs will not increase so drastically after 2010?

Mr. Berthelot: In the last 30 years, the health care system has constantly evolved. In the mid-1990s, we saw a reduction in health spending in Canada. Health spending as a percentage of the GDP has stabilized and even gone down.

The system is constantly evolving. Is it just people's health that will determine the amount of resources spent on it? I think that the picture is much bigger. In the last ten years, we have noticed a reduction in hospitalization rates. We do more day surgery, we have moved towards more ambulatory care, we provide more services at home. The system is reforming itself, which influences the costs. Hospital expenses as a percentage of total expenses have noticeably gone down in recent years. In 1975, it was 75 per cent, today it is 28 per cent.

The system is constantly changing and this affects health care expenses for all age groups.

[English]

The Chair: Mr. Evans, you have given us some of the best vocabulary that we have heard to date. In respect of the burden on seniors in our society, have any of you looked at the tax contributions of seniors that might offset the proposed enormous

M. Berthelot : Ce n'est pas tout à fait ce que j'ai dit. Je parlais de l'ensemble des personnes âgées de 65 ans et plus. Ce que j'ai dit, c'est que l'augmentation de la population est de 6,5 p. 100 par rapport à la population canadienne, alors que l'augmentation des coûts associés aux personnes âgées de 65 ans et plus est de 1,4 p. 100 seulement. Par conséquent, on constate un vieillissement de la population et un plus grand nombre de personnes âgées de 65 ans et plus.

On s'aperçoit également que l'ensemble des coûts — pour le système public et non pour l'ensemble du système de soins de santé — pour les services offerts par les gouvernements provinciaux et territoriaux ont augmenté moins rapidement que la proportion de la population de 65 ans et plus.

Le sénateur Chaput : Êtes-vous allé aussi loin afin d'identifier les facteurs à savoir quelle en est la cause?

M. Berthelot : Nous n'avons pas identifié tous les facteurs. Comme le disait M. Evans, plusieurs facteurs expliquent l'augmentation des coûts de la santé : entre autres, la technologie, le fait qu'on offre plus de services et le taux d'inflation. Ces facteurs jouent un rôle.

En ce qui a trait aux facteurs spécifiques aux personnes âgées, les études de Statistique Canada ont révélé que les personnes âgées aujourd'hui sont plus en santé que les personnes âgées d'il y a 30 ans. Y a-t-il un lien direct? Je ne pourrais vous le dire.

Le sénateur Chaput : Est-ce que les facteurs qui font en sorte que la personne âgée est aujourd'hui plus en santé pourraient également faire en sorte que les coûts reliés au domaine de la santé n'augmenteront pas de façon aussi drastique après 2010?

M. Berthelot : Le système de soins de santé, depuis les 30 dernières années, est en constante évolution. Au milieu des années 1990, on a constaté une réduction des dépenses en santé au Canada. Le pourcentage de dépenses en santé par rapport au PIB s'est stabilisé et a même diminué.

Le système est en constante évolution. Est-ce uniquement la santé des gens qui déterminera l'ensemble des ressources qui y sont consacrées? Je crois que le cadre est beaucoup plus large. Au cours des dix dernières années, nous avons remarqué une réduction des taux d'hospitalisation. On fait de plus en plus de chirurgies d'un jour, il y a le virage ambulatoire, on offre plus de soins à domicile. Bref, le système se réforme en soi, ce qui affecte les dépenses en santé. Le pourcentage de l'ensemble des dépenses consacrées aux hôpitaux a réduit sensiblement au cours des dernières années. Le taux était de 75 p. 100 en 1975, on parle aujourd'hui de 28 p. 100.

Le système est en constante transformation et cela a un impact sur les dépenses en santé de tous les groupes d'âge.

[Traduction]

Le président : Monsieur Evans, vous venez de nous fournir le meilleur vocabulaire que nous ayons entendu jusqu'à maintenant. En ce qui concerne le fardeau que constituent les aînés pour notre société, est-ce que l'un de vous s'est penché sur les contributions

burden on the system? You have all laid myth to the burden concept, so let us move to the positive aspects.

Mr. Ruggeri: This is exactly what I did with that booklet I circulated to the committee. I was concerned about that myth because in two months I will be joining this group of so-called “budget busters.”

The Chair: Some of us are already there.

Mr. Ruggeri: I did not feel comfortable with it, so I decided to argue the point. I divided the total Canadian population into three separate groups: One is called “dependent,” although only the younger ones are truly dependent; one is comprised of those in the labour force; and one is comprised of those over the age of 65 — erroneously considered dependent because, as far as I am concerned, my children are more dependent on me than I am on them.

I took the expenditure figures of the federal and provincial governments and calculated the amount of taxes that can be assigned to each group. The dependent children were assigned to their parents and others were assigned to the people over the age of 64. I did not include all the benefits that are provided to society as a whole and the benefits provided through inheritance and bequests. As well, I did not include the potential in the future of people over the age of 65 who continue to work once all provinces have eliminated the mandatory retirement age. Not even including those, the seniors would receive a net benefit, but this net benefit would not increase over time.

One of the factors not being recognized is that more and more people over the age of 65 will have increasing wealth or income because more of them will receive CPP, private work pensions, and more of them will have huge amounts of taxable RSPs. With the changes between ages 69 to 71, seniors can afford to play for a couple of years, but after age 70 they start to draw down and become part of the income stream.

Therefore, even when we look strictly at the fiscal side, the per capita burden of seniors will not increase. In fact, the per capita burden of young people will increase faster than the per capita burden of the people over the age of 65.

The Chair: I like that.

Mr. Evans: Are you sure you want me to answer this? I just crossed over the 65 age line at the end of last month, so I am a shade ahead of you, Mr. Ruggeri. I will demonstrate why economics is known as the dismal science. While I do not question your calculations, I question their implication.

I am still at work for a time, and I hope that counts as a contribution. When that ends, as it will fairly shortly, I will fall back on my private pension, my CPP and all of those sources of my wealth, which I will draw upon for my income. If I get hit by a truck the day after I cease work, that wealth will not vanish. It

des aînés à l'impôt qui pourraient neutraliser l'énorme fardeau que, paraît-il, ils font peser sur leur système? Vous avez tous expliqué le mythe du fardeau, alors passons aux aspects positifs.

M. Ruggeri : C'est exactement ce que j'ai fait dans ce livret que j'ai fait circuler au comité. Je m'inquiétais de ce mythe, parce que dans deux mois, je vais faire partie de ce groupe dit de « briseurs de budget ».

Le président : Certains d'entre nous en sommes déjà membres.

M. Ruggeri : Le concept me mettait mal à l'aise, alors j'ai décidé de présenter des arguments. J'ai divisé le total de la population canadienne en trois groupes distincts : l'un est appelé « à charge », bien que seuls les plus jeunes soient réellement à charge; l'un est composé des membres de la population active; et le troisième se compose des personnes âgées de plus de 65 ans — que l'on considère à tort comme étant à charge, parce qu'en ce qui me concerne, mes enfants dépendent plus de moi que moi d'eux.

J'ai pris les chiffres des dépenses des gouvernements fédéral et provinciaux et j'ai calculé le montant de l'impôt qui peut être assigné à chaque groupe. Les enfants à charge étaient assignés à leurs parents, et d'autres étaient assignés aux personnes âgées de plus de 64 ans. Je n'ai pas compté toutes les prestations versées à la société dans son ensemble, ni les avantages constitués par les héritages et les legs. En outre, je n'ai pas non plus compté le potentiel futur des personnes âgées de plus de 65 ans qui continueront de travailler une fois que les provinces auront éliminé l'âge de la retraite obligatoire. Même sans tout cela, les aînés recevraient un bénéfice net, mais celui-ci n'augmenterait pas avec le temps.

L'un des facteurs qui n'est pas reconnu, c'est que de plus en plus de gens âgés de plus de 65 ans auront un patrimoine ou un revenu croissant parce qu'un plus grand nombre d'entre eux toucheront des prestations du RPC, des prestations de régimes privés, et un plus grand nombre d'entre eux auront d'énormes sommes imposables dans un REER. Avec les changements de l'âge de 69 à 71 ans, les aînés pourront se permettre de jouer pendant deux ans de plus, mais après 70 ans, ils commencent à tirer sur leur épargne et font partie du flux des revenus.

Par conséquent, même quand on s'en tient strictement à l'aspect fiscal, le fardeau des aînés par habitant n'augmentera pas. De fait, le fardeau des jeunes par habitant augmentera plus rapidement que le fardeau par habitant des personnes âgées de plus de 65 ans.

Le président : J'aime bien.

M. Evans : Est-ce que vous êtes sûr que vous voulez que je vous réponde? Je viens de passer le jalon des 65 ans à la fin du mois dernier, alors j'ai un peu d'avance sur vous, monsieur Ruggeri. Je vais démontrer pourquoi l'économie est reconnue comme la science lugubre. Bien que je ne remette pas vos calculs en question, je mets en doute ce qu'ils laissent conclure.

Je compte travailler encore un certain temps, et j'espère que cela comptera comme une contribution. Quand ce sera terminé, ce qui ne saurait trop tarder, je compterai sur mon régime de pension privé, mon RPC et toute cette source de ma richesse, qui constitueront mon revenu. Si je suis frappé par un camion le

will no longer be drawn by me, but it will still be there. The private pension rights will go back to the other members of our group; the CPP will be less of a burden on Her Majesty and so on. In other words, I am drawing down wealth, but I am not actually producing any wealth.

Therefore, to calculate the benefits that I generate after I retire from market earnings is, I think, a conceptual error. The country will be better off fiscally if I drop dead the day after I cease work. Those are the brutal facts.

I would not suggest that the best way to improve the fiscal situation of Canada is to introduce a non-voluntary program of euthanasia for people over the age of 70. However, I would urge you not to focus on the contribution that we make through taxes on previously accumulated wealth because that wealth and those taxes would remain whether we are there or not. The contribution we make is who we are.

I would like to believe that my family, which now includes a few grandchildren, would rather have me there than not. The contribution we make is not a fiscal contribution. If you focus your attention on those numbers, that may be good politics — I have never had any competence in politics, and the people around this table know far more about it than I. In terms of the actual conceptual basis of economic analysis, it is wrong.

The Chair: We have begun a debate here. I will hear from Mr. Ruggeri.

Mr. Ruggeri: I agree with half of it, which is to say I agree that the contributions made by people over the age of 65 are more on the non-financial side. If we leave that aside, you and I will live to whatever our average life expectancy may be, and the government will get the benefits of what we have accumulated. Therefore, we will be paying our way. That is why I believe that, conceptually, nothing is wrong.

Due to what we have accumulated through our life of work, we will be paying our way, and, therefore, we should not be viewed as a burden. Whatever extra we do is a net contribution we provide to society.

Mr. Evans: I do not disagree with that. We both know how the numbers work. I am saying that yes, all of those tax benefits and savings we have accumulated — some of the savings that did not have tax benefits, as well — are all there; we will draw down on them, and that is what we will use to pay our way. I do not question that. The point I am emphasizing is that all of that accumulated wealth would still be there and would redound to someone else's benefit if we were not in the picture. I am sure you will agree with that.

Mr. Ruggeri: Yes, but on average, when we do the calculation for the country as a whole and look at the fiscal burden and whether we will be able to afford health care and so on, we must

lendemain du jour où je cesserai de travailler, cette richesse ne s'évanouira pas. Ce ne sera plus moi qui en profiterai, mais elle existera encore. Les droits du régime de pension privé reviendront aux autres membres de notre groupe, le RPC sera un fardeau moins lourd pour Sa Majesté, et cetera. Autrement dit, je touche de la richesse, mais je ne produis pas de richesse en soi.

Par conséquent, le fait de calculer les avantages que je génère après que j'aie renoncé aux gains du marché est, à mon avis, une erreur conceptuelle. Le pays serait bien mieux loti si je mourais le lendemain du jour où j'arrête de travailler. Ce sont les faits bruts.

Je ne voudrais pas laisser entendre que le meilleur moyen d'améliorer la situation fiscale du Canada serait de créer un programme non volontaire d'euthanasie pour les personnes âgées de plus de 70 ans. Je voudrais néanmoins vous inciter vivement à ne pas vous concentrer sur la contribution que nous apportons au moyen des impôts sur des richesses accumulées préalablement parce que ces richesses et ces impôts resteraient, que nous vivions ou non. La contribution que nous faisons, c'est qui nous sommes.

J'aime à penser que ma famille, qui compte maintenant plusieurs petits-enfants, préfère que je vive plutôt que le contraire. La contribution que nous faisons n'est pas d'ordre fiscal. Si vous concentrez votre attention sur ces chiffres, ce peut être de bonne politique — je n'ai jamais eu de compétence en politique, et les personnes qui sont autour de cette table en savent beaucoup plus que moi sur le sujet. En termes de fondement conceptuel réel d'une analyse économique, toutefois, c'est erroné.

Le président : Nous avons lancé un débat. Je laisse la parole à M. Ruggeri.

Mr. Ruggeri : Je suis d'accord avec la moitié de vos propos, c'est-à-dire que je suis d'accord que les contributions que font les gens âgés de plus de 65 ans sont plus d'ordre non financier. Si nous laissons cela de côté, vous et moi aurons la durée de vie moyenne, quelle qu'elle soit, et le gouvernement encaissera des bénéfices sur ce que nous avons accumulé. Par conséquent, nous allons payer notre part. C'est pourquoi je crois que, conceptuellement, rien n'est erroné.

Avec ce que nous avons accumulé en une vie de travail, nous allons payer notre part et c'est pourquoi nous ne devrions pas être considérés comme un fardeau. Tout ce que nous faisons en plus est une contribution nette à notre société.

M. Evans : Ce n'est pas que je ne suis pas d'accord avec cela. Nous savons tous deux comment fonctionnent les chiffres. Ce que je dis c'est que oui, tous ces avantages fiscaux et ces économies que nous avons accumulées — dont certaines n'étaient pas doublées d'avantages fiscaux, aussi — tout y est; nous allons vivre de ces sommes et c'est ce qui nous servira à payer notre part. Je ne remets pas cela en question. Ce sur quoi j'insiste, c'est que toute cette richesse accumulée serait encore là et profiterait à quelqu'un d'autre si nous n'étions pas là. Je suis sûr que vous êtes d'accord.

Mr. Ruggeri : Oui, mais en moyenne, quand nous faisons le calcul pour le pays dans l'ensemble, nous regardons le fardeau fiscal et nous nous demandons si nous pourrions nous permettre

make the average assumptions of people that have been made through these population projections.

Mr. Evans: Sure.

Mr. Ruggeri: If we have so many people on average of a certain age in the future, and we look at their incomes and wealth, this is what will happen in reality. The length of time one of us lives individually will not really change those numbers. The fundamental point is that, overall, the population of Canadians who are aged 65 and over now, as well as every single group from now on over the next 30 or 40 years, will be paying their way. They are not this burden that has been mentioned; you mentioned this right from the very beginning.

My point is that the country has spent billions of dollars on people such as us, for education and so on. They have spent billions of dollars for health care and to keep us healthy. People over the age of 65 want to be able to continue to contribute within a different framework rather than being seen as a burden. Being seen as a burden raises the issue of how to reduce this burden rather than how we can optimize their contribution. That is where I am coming from.

Mr. Evans: There is very little difference between us. I would just make one point, and that is that the payments that we — you, I, all of us over the age of 65 — hope to continue making out of our accumulated wealth are not included in the gross national product.

Senator Keon: I have a fascinating question. What are the benefits to Canada if Mr. Evans and Mr. Ruggeri continue to do exactly what they are doing until the age of 75?

The Chair: It is being said that neither of you should take retirement; you should continue to work for the next 10 years.

Mr. Evans: The University of British Columbia would be delighted to have me continue for the next 10 years. However, my issue is that they would propose to cease paying me.

Mr. Ruggeri: That is exactly the same situation in New Brunswick.

The Chair: Panellists, I want to thank you all very much. This has been extraordinarily useful. We have had a very good dialogue in terms of obtaining new information. We have also confirmed information we thought we understood and, indeed, did understand. There have been new ideas shared with us today, which I believe will find their way into our final report, barring of course another prorogation or a dissolution for an election campaign. Thank you very much.

Honourable senators, we will now hear from our second guest this afternoon. Ms. Gillis is appearing on behalf of the Public Health Agency of Canada. Welcome to the Senate. Let us begin with your opening remarks and then move to questioning.

des soins de santé, et cetera.; nous devons nous fonder sur les hypothèses relativement à la moyenne des gens qui ont été faites avec ces projections relatives à la population.

M. Evans : Bien sûr.

M. Ruggeri : Si nous avons une telle moyenne de personnes d'un certain âge dans le futur, et nous regardons leurs revenus et leurs richesses, c'est ce qui arrivera en réalité. La durée de la vie de chacun de nous ne changera pas grand-chose à ces chiffres. Le point fondamental c'est que, dans l'ensemble, la population des Canadiens âgés de 65 ans et plus maintenant, ainsi que chaque groupe à partir de maintenant dans les 30 ou 40 prochaines années, va devoir payer sa part. Ils ne constituent pas ce fardeau dont on a parlé. Vous l'avez dit dès le début.

Ce que je veux dire, c'est que le pays a dépensé des milliards de dollars sur des gens comme nous, pour l'éducation, et cetera. Il a dépensé des milliards de dollars pour les soins de santé et pour nous garder en santé. Les personnes âgées de plus de 65 ans veulent pouvoir continuer de contribuer, mais dans un cadre différent, plutôt que d'être considérées comme un fardeau. Le fait qu'ils soient perçus comme tels soulève la question de savoir comment réduire ce fardeau au lieu de comment on peut optimiser leur contribution. C'est là où je veux en venir.

M. Evans : Il y a très peu de différence entre nous. Je voudrais seulement dire une chose, et c'est que les sommes que nous — vous, moi et tous ceux qui ont plus de 65 ans — espérons continuer de tirer de notre richesse accumulée ne sont pas comptées dans le produit intérieur brut.

Le sénateur Keon : J'ai une question des plus fascinantes. Quels seraient les avantages pour le Canada si MM. Evans et Ruggeri continuaient de faire exactement ce qu'ils font jusqu'à l'âge de 75 ans?

Le président : Il paraît que ni vous ni moi ne devrions prendre notre retraite; vous devriez continuer de travailler ces dix prochaines années.

M. Evans : L'Université de la Colombie-Britannique serait ravie que je travaille dix années de plus. Cependant, le problème que cela me pose, c'est qu'elle proposerait de cesser de me payer.

M. Ruggeri : C'est exactement la même situation au Nouveau-Brunswick.

Le président : Messieurs, je tiens à vous présenter mes sincères remerciements. Ceci a été très instructif. Nous avons eu un excellent dialogue, et obtenu de nouveaux renseignements. Nous avons aussi confirmé ce que nous pensions savoir et, c'est un fait, nous le savions. De nouvelles idées nous ont été exposées aujourd'hui, qui, je pense, sauront se retrouver dans le rapport final, à moins bien entendu, qu'il y ait une autre prorogation ou dissolution de la Chambre pour une campagne électorale. Merci beaucoup.

Honorables sénateurs, nous allons maintenant entendre notre deuxième témoin cet après-midi. Mme Gillis comparait pour l'Agence de la santé publique du Canada. Bienvenue au Sénat. Commençons par vos observations préliminaires, et nous vous poserons des questions ensuite.

Margaret Gillis, Director, Division of Aging and Seniors/Office of Voluntary Sector, Public Health Agency of Canada: Good afternoon. The Public Health Agency of Canada is pleased to be able to present its information to this Special Senate Committee on Aging. Within the agency, work is focused on health promotion, the prevention of chronic and infectious diseases, injury prevention and emergency preparedness. The agency is working on four main areas with respect to seniors: active aging, emergency preparedness, mental health and falls prevention.

You have asked for information in three specific areas related to seniors, the emergency preparedness work that is being done, Age-Friendly Cities and Age-Friendly Rural and Remote Communities and, finally, *Healthy Aging in Canada: A New Vision, A Vital Investment*. I will begin with our work on emergencies and seniors.

During the past two years, the agency has worked with partners within Canada and across the globe on the issue of seniors and emergency preparedness. Our work is focused on developing links with partners to develop tools, guidelines and strategies to ensure that information on seniors in emergencies is widely disseminated and integrated into emergency management plans.

Natural and man-made disasters, such as flu pandemics, hurricanes, earthquakes and wars, have highlighted the need for governments and non-governmental organizations, NGOs, to address the emergency planning needs of vulnerable populations such as seniors — or vulnerable seniors, more specifically.

Of course, older people are not a homogeneous group. They have varied needs, challenges, capabilities and contributions. Past disasters have told us that older adults may be more vulnerable to their impacts, so it is crucial that emergency planners know how to respond. Also, those who care for seniors and older persons themselves need to understand what they need to have available in order to ensure that they are not vulnerable to disasters.

Vulnerability is not simply a factor of age — we heard that a lot from our last presenters — but a consequence of a range of health, social and economic factors, which, with increasing age, can place seniors at risk and impact on their ability to prepare for, respond to and recover from a disaster.

How and where did our interest in seniors and emergency start? There were basically two main catalysts, one a document and the other a conference.

In 2002, the world gathered in Madrid for the Second World Assembly on Ageing. The key outcomes of the assembly were the adoption of the Madrid International Plan of Action on Ageing. Three key policy themes were identified in that plan: older people

Margaret Gillis, directrice, Division du vieillissement et des aînés/Bureau du secteur bénévole, Agence de la santé publique du Canada : Bon après-midi. L'Agence de la santé publique du Canada est très heureuse d'exposer ses points de vue au Comité sénatorial spécial sur le vieillissement. Le travail de l'agence est axé sur la promotion de la santé, de la prévention et des maladies chroniques et les maladies infectieuses, la prévention des blessures et la préparation aux situations d'urgence. L'agence travaille dans quatre principaux domaines, en ce qui concerne les aînés : le vieillissement actif, la préparation aux situations d'urgence, la santé mentale et la prévention des chutes.

Vous avez demandé de l'information sur trois aspects précis, à savoir les aînés et les situations d'urgence, les projets des Villes amies des aînés et des Collectivités rurales et éloignées amies des aînés et, enfin, *Le vieillissement en santé au Canada : Une nouvelle vision*. J'aborderai tout d'abord la question des aînés et des situations d'urgence.

Depuis deux ans, l'agence collabore avec ses partenaires canadiens et internationaux en ce qui concerne la question des aînés et la préparation en cas d'urgence. Nos activités visent principalement à établir des partenariats et à mettre en place des outils, des lignes directrices et des stratégies, afin de veiller à ce que les renseignements touchant les aînés et la situation d'urgence soient largement diffusés et intégrés à la gestion des urgences.

Les catastrophes naturelles ou créées par l'homme, telles que le spectre d'une pandémie, les ouragans, les tremblements de terre et les conflits armés, nous ont fait prendre conscience du fait que les gouvernements et le secteur non gouvernemental doivent répondre aux besoins liés à la planification d'urgence des populations vulnérables, notamment les aînés — ou plus précisément les aînés vulnérables.

Bien entendu, les aînés ne forment pas un groupe homogène, ils ont des besoins, des défis, des capacités et des contributions variés. Les catastrophes antérieures nous révèlent que les personnes âgées sont plus vulnérables aux conséquences de ces sinistres. Il est donc crucial que les responsables de la planification en cas d'urgence, les dispensateurs de soins auprès des aînés et les aînés eux-mêmes comprennent les facteurs qui créent ces vulnérabilités aux catastrophes.

La vulnérabilité ne tient pas seulement qu'à l'âge — nous l'avons beaucoup entendu dire des témoins qui m'ont précédée. Elle découle plutôt de divers facteurs sanitaires, sociaux et économiques qui, au fil du vieillissement, peuvent entraîner des risques pour les aînés et nuire à leur capacité de se préparer, de réagir et de récupérer en cas de catastrophes.

Vous demandez donc d'où vient notre intérêt pour les aînés et les situations d'urgence. Il y a eu en fait deux facteurs déclencheurs, à savoir un document et une conférence.

En 2002, des représentants du monde entier se sont réunis à Madrid dans le cadre de la deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement. L'assemblée a principalement débouché sur l'adoption du plan d'action international de Madrid sur le

and development; advancing health and well-being into old age; and ensuring enabling and supportive environments.

The plan contains specific recommendations recognizing seniors as vulnerable populations in emergencies but also as primary caregivers in many instances and as contributors in rehabilitation and construction. The work currently being done responds to the Madrid recommendations — for example, sharing of best practices and developing guidelines, among others.

The second catalyst was the Presidential Symposium on the 2004 Tsunami and Older People, held at the International Association of Gerontology World Congress in June 2005. The symposium demonstrated that older people are often given low priority when it comes to relief distribution, and that few international agencies have programs specifically tailored to respond to seniors' needs.

With these two events in mind, in February 2006, the Public Health Agency of Canada held a meeting in Toronto with an expanded network of stakeholders. The goal was to facilitate the exchange of knowledge among international, provincial and territorial governments and NGOs.

Participants expressed the need for a larger international workshop, to provide a platform to increase the international awareness that was lacking. This gave birth to the Winnipeg workshop, held in Winnipeg in February 2006. In minus 40, we gathered about 100 brave souls, both domestic and international, in the workshop.

The workshop, we believe, positively impacts seniors in two important ways. First, the expert guidance generated from the participants will serve to integrate seniors more fully into emergency preparedness policies and practices. Second, it opened an important dialogue among experts from various fields — gerontology, emergency management and health care — as well as seniors themselves to achieve a common understanding of the impact of disasters on older people around the world and in Canada, and the action required to integrate seniors' needs and contributions into emergency preparedness policy and practice.

The key outcome was to mobilize networks to influence change to emergency planning and practice. To do this, we structured the agenda so that participants first achieved a basic, common understanding of current evidence and status of seniors and

vieillesse. Trois thèmes stratégiques étaient définis dans le plan d'action : soutenir le développement dans un monde vieillissant; promouvoir la santé et le bien-être des personnes âgées et assurer des environnements stimulants et positifs pour tous les âges.

Le plan d'action comporte des recommandations précises qui visent à reconnaître les aînés non seulement en tant que groupe vulnérable en cas d'urgence, mais également à titre de dispensateurs de soins de premier recours, dans de nombreux cas, et de participants à la réadaptation et à la reconstruction. Nombre d'activités sont en cours en ce qui concerne la préparation en cas d'urgence et les aînés font écho aux recommandations issues de l'assemblée de Madrid, notamment le partage des pratiques exemplaires et l'élaboration de lignes directrices.

L'autre facteur déclencheur a trait au Colloque présidentiel sur le tsunami de 2004 et les aînés, tenu dans le cadre du Congrès mondial de l'Association internationale de gérontologie, en juin 2005. Le colloque a révélé que les aînés constituent souvent un groupe de faible priorité lorsqu'il s'agit de répartir les services de secours, et que peu d'organismes internationaux élaborent des programmes expressément adaptés aux besoins des aînés.

En février 2006, compte tenu de ces deux événements, l'Agence de la santé publique a organisé une réunion à Toronto, à laquelle participaient des représentants d'un réseau étendu d'intervenants. La réunion visait à faciliter le partage de connaissances entre les représentants d'organisations internationales, des gouvernements provinciaux et territoriaux et des organismes non gouvernementaux.

Les participants ont exprimé la nécessité d'organiser un atelier plus général de manière à fournir une plateforme en vue d'accroître la sensibilisation, déficiente, à l'échelle internationale. La réunion a ainsi débouché sur l'atelier de Winnipeg en février 2006. Par une température de moins 40 degrés Celsius, nous avons réuni une centaine de braves intervenants dans le cadre d'un colloque.

Le Colloque international de Winnipeg aura une incidence positive sur les aînés sur deux plans importants. Premièrement, les conseils éclairés recueillis auprès des participants du monde entier faciliteront l'intégration des aînés à toutes les facettes des politiques et des pratiques actuelles en matière de planification d'urgence. Deuxièmement, le colloque a permis d'engager un dialogue important entre les spécialistes des domaines de la gérontologie, de la gestion des urgences et des soins de santé, et avec les aînés, afin de réaliser une vision commune des conséquences des catastrophes sur les personnes âgées partout dans le monde et des mesures nécessaires afin d'intégrer les besoins et les contributions des aînés aux politiques et aux pratiques liées à la préparation en cas d'urgence.

Notre objectif principal était de mobiliser les réseaux en vue d'influer sur la modification des politiques et des pratiques en matière de planification d'urgence. À cette fin, nous avons structuré les programmes de manière à ce que les participants

emergency planning activities within Canada and at the international level.

As for our next steps, collaboration will be key with governments at all levels, non-governmental organizations, the media, the private sector, academics and of course seniors themselves. Seniors must and will be included as full participants in this process.

The agency has now set up two steering committees — one domestic, one international — to oversee the next steps to sustain the momentum on this issue. At the suggestion of Dr. Alexandre Sidorenko, head of the United Nations Programme on Ageing, Canada has been asked to discuss emergency preparedness and seniors at the United Nations Commission for Social Development in February 2008. Preparations are also under way for a second international workshop on seniors and emergency preparedness to be held in Halifax, March 18-21, 2008. Work at that conference will consist of the development of tool kits, best practices, key messages and strengthening networks and partnerships.

On another front, we are pleased to learn that the United Nations Inter-Agency Standing Committee has just approved that the World Health Organization and HelpAge International will co-chair an 18-month process to develop guidelines for older persons in emergencies. The World Health Organization tells us that Canada's leadership was instrumental in the decision of the United Nations to carry forward on this issue.

I will speak now about Age-Friendly Cities. In 2006, a partnership was established between the World Health Organization and the Public Health Agency of Canada for a project entitled Strengthening Healthy and Active Ageing. One of the goals was to develop an age-friendly tool kit for urban communities in several countries to serve to guide action to globally improve the age-friendliness of urban communities.

The World Health Organization Global Age-Friendly Cities Project involves 33 cities in 22 countries. Canada not only provided some of the funding but also actively participated in the project. Four Canadian cities were among the 33 that conducted focus groups. They were Saanich, British Columbia, Portage la Prairie, Manitoba, Sherbrooke, Quebec and Halifax, Nova Scotia.

The Global Age-Friendly Cities Project has been a success both domestically and internationally. On October 1, 2007, Canada hosted an international event at Canada House in London, England, to celebrate the International Day of Older Persons. At

réalisent tout d'abord une vision commune des éléments probants actuels et de l'état des activités touchant les aînés et la planification d'urgence au Canada et à l'échelle internationale.

En ce qui concerne les prochaines étapes, nous savons que la collaboration constituera un facteur clé de réussite auprès de tous les ordres de gouvernement, des organismes non gouvernementaux, des médias, du secteur privé, des milieux universitaires et des aînés. Ces derniers doivent participer à part entière aux démarches.

L'agence a donc établi deux comités directeurs, l'un national, l'autre international, qui coordonneront les prochaines étapes et maintiendront la cadence des démarches engagées. Sur la recommandation d'Alexandre Sidorenko, chef du Programme de l'ONU sur le vieillissement, le Canada examinera la question de la préparation en cas d'urgence et des aînés dans le cadre d'une réunion de la Commission des Nations Unies pour le développement social, en février 2008. Des préparatifs sont également en cours en vue du deuxième colloque international sur les mesures d'urgence et les aînés qui aura lieu à Halifax, du 18 au 21 mars 2008. Les travaux porteront sur l'élaboration d'une trousse d'outils et de pratiques exemplaires, sur la rédaction de messages clés et sur le renforcement des réseaux et des partenariats.

Par ailleurs, nous sommes heureux d'apprendre que le Comité permanent inter-organisation des Nations Unies a autorisé l'Organisation mondiale de la santé et l'organisme Help the Aged International à coprésider un processus d'une durée de 18 mois, en vue d'élaborer des lignes directrices à l'égard des personnes âgées en cas d'urgence. L'Organisation mondiale de la santé nous a informés que le leadership et le soutien du Canada à l'égard des questions touchant les aînés avaient joué un rôle dans la décision du comité de l'ONU de promouvoir cette question.

Je vais maintenant parler des Villes amies des aînés. En 2006, un partenariat a été établi entre l'OMS et l'Agence de la santé publique du Canada, relativement au projet axé sur le renforcement du vieillissement actif en santé. Le projet visait notamment à élaborer une trousse d'outils axée sur la convivialité à l'égard des aînés à l'intention des villes de plusieurs pays, trousse qui servirait de guide d'intervention en vue d'accroître la convivialité des collectivités à l'égard des aînés à l'échelle mondiale.

Le projet des Villes amies des aînés de l'OMS touchait 33 villes dans 22 pays. Le Canada a non seulement contribué au financement du projet, mais il a également participé activement à l'initiative. Quatre villes canadiennes, à savoir Saanich, en Colombie-Britannique, Portage-la-Prairie, au Manitoba, Sherbrooke au Québec et Halifax en Nouvelle-Écosse faisaient partie des 33 centres urbains dans lesquels des groupes d'étude avaient été mis sur pied.

Le Projet des villes-amies des aînés s'est révélé fructueux à l'échelle nationale et internationale. Le 1^{er} octobre 2007, le Canada a organisé un événement international à la Maison du Canada, à Londres, afin de souligner la Journée internationale

the event, the Minister of Health was presented with Help the Aged U.K.'s international award for Canada's leadership on seniors' health issues.

The celebration also included the formal World Health Organization launch of the *Global Age-friendly Cities: A Guide*. During the launch, the Minister of Health announced the federal government was providing funding to support the second phase of the project. The purpose of this phase is to initiate the implementation of the guide and support the sustainability of local projects and local age-friendly networks abroad and in Canada.

Not only have Canadians cities participated in the Global Age-Friendly Cities Project, we have moved the project out to explore the realities that seniors experience in our rural and remote communities — those with under 5,000 people.

In September 2006, the Federal-Provincial-Territorial Ministers Responsible for Seniors endorsed the Age-Friendly Rural and Remote Communities Initiative. The project is being coordinated through the FPT Healthy Aging and Wellness Working Group, which is co-chaired by Manitoba and the Public Health Agency of Canada.

Interest across Canada was great. At the beginning of this project, we had hoped to find three communities to participate; in the end, we had 10 in eight jurisdictions. We are also producing the age-friendly rural and remote guide for early winter. We just received approval of the guide from the FPT Ministers Responsible for Seniors last Friday.

We believe that both the Age-Friendly Rural and Remote Communities Initiative and the World Health Organization Global Age-Friendly Cities Project will assist jurisdictions to identify barriers, as well as possible solutions, best practices and actions needed to move forward on healthy aging in the communities.

As a next step, the agency is exploring ways to work within Canada, either through the FPT network or bilateral arrangements, to continue momentum on this work. There has been a growing appetite for further collaboration by domestic partners, such as the provinces and territories, the Canadian Institutes of Health Research and NGOs, as well as a number of initial partners who are interested in our work.

Finally, I will give you some information on *Healthy Aging in Canada: A New Vision, A Vital Investment*. At their ninth meeting in September 2006, FPT Ministers Responsible for Seniors endorsed the report *Healthy Aging in Canada: A New Vision, A Vital Investment*, and the background paper entitled *From Evidence to Action*. The report embraces a vision of healthy aging that values and supports the contributions of older people, celebrates diversity, refutes ageism, reduces inequities and provides opportunities for older Canadians to make healthy choices that will enhance their independence and quality of life.

des personnes âgées. Lors de l'événement, le ministre de la Santé a reçu le prix international de l'organisme Help the Aged U.K., en reconnaissance du leadership du Canada en ce qui a trait aux questions de santé qui touchent les aînés.

La cérémonie a été rehaussée du lancement officiel du *Guide des villes-amies des aînés* de l'Organisation mondiale de la santé. Le lancement a permis au ministre de la Santé d'annoncer que le gouvernement fédéral contribuait financièrement à la deuxième étape du projet, qui vise à mettre en œuvre le Guide des villes-amies des aînés de l'OMS et à appuyer la viabilité des projets locaux et l'établissement d'un réseau de collectivités locales amies des aînés à l'étranger et au Canada.

Outre la participation de villes canadiennes au projet mondial des villes-amies des aînés de l'OMS, nous avons étendu la portée du projet afin d'examiner la réalité des aînés dans nos collectivités rurales et éloignées de moins de 5 000 habitants.

En septembre 2006, les ministres fédéraux-provinciaux-territoriaux (FPT) responsables des aînés ont approuvé l'Initiative des collectivités rurales et éloignées amies des aînés. L'initiative est coordonnée par le groupe de travail FPT sur le vieillissement en santé et le bien-être (coprésidé par le Manitoba et par l'Agence de la santé publique du Canada).

L'initiative a suscité un vif intérêt dans l'ensemble du Canada. Nous espérons initialement obtenir la participation de trois collectivités. En fin de compte, dix communautés de huit territoires et provinces participent au projet. Nous prévoyons publier un guide des collectivités rurales et éloignées amies des aînés au début de l'hiver, et nous espérons qu'il sera diffusé vers le début de l'hiver, car il vient tout juste d'être approuvé par les ministres FPT responsables des aînés.

Nous croyons que l'Initiative FPT des collectivités rurales et éloignées amies des aînés et le Projet des villes-amies des aînés de l'OMS permettront aux compétences intéressées de définir les obstacles, de même que des solutions possibles, les pratiques exemplaires et les interventions nécessaires afin de faire valoir le vieillissement en santé au sein de leurs collectivités.

Par ailleurs, l'agence examine des façons d'intervenir au Canada, par le biais du réseau FPT ou d'ententes bilatérales, afin de poursuivre l'élan engagé dans ce secteur. Nous constatons un intérêt croissant à l'égard de la collaboration de la part de nos partenaires nationaux, notamment les provinces et les territoires, les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et les ONG; en plus de partenaires qui s'intéressent à nos travaux depuis le début.

Enfin, vous avez demandé des renseignements au sujet du rapport intitulé *Le vieillissement en santé au Canada : une nouvelle vision, un investissement vital*. Lors de leur neuvième réunion, en septembre 2006, les ministres FPT responsables des aînés ont approuvé ce rapport ainsi que le document d'information *Des faits aux gestes*. Le rapport adopte une vision du vieillissement en santé qui valorise et appuie la contribution des aînés, fait valoir la diversité, rejette l'âgeisme, réduit les inégalités et permet aux Canadiens âgés de faire des choix sains qui améliorent leur qualité de vie.

The new vision document is grounded within *Planning for Canada's Ageing Population: A Framework*, produced for FPT Ministers Responsible for Seniors in 2002 — in particular its health, wellness and security pillar — and recognizes the vital importance of supportive environments.

Supportive environments are the key mechanisms where governments can focus attention, build momentum and see results in moving forward with healthy aging. The agency, working in partnerships with provinces and territories, NGOs, researchers and the private sector, will facilitate the creation of age-friendly communities and move healthy aging forward in Canada through that venue.

In closing, I would like to thank you for the opportunity to come before you, and wish you well with your work.

The Chair: Thank you very much. I was somewhat amused that you took your conference to Winnipeg in minus 40 weather because I did the same thing for our palliative care conference. I must say it focuses the mind beautifully because no one wants to go outside.

Ms. Gillis: It was funny because all the Canadians stayed inside, and all the people from India and Jamaica went outside.

The Chair: They wanted to see what it was like.

Ms. Gillis: Exactly.

The Chair: I will begin the questioning this afternoon with Senator Cordy.

Senator Cordy: You provided an overview from the federal perspective. I would like to look at how it filters down. Formerly, I was a member of the Standing Senate Committee on National Security and Defence. We traveled to all the provinces and tried to determine how much they were actually receiving. Unfortunately, it appeared they were not receiving what people in Ottawa thought they were.

How do we ensure that the plans developed at the federal level with a number of stakeholders filter down to the provinces and to the municipalities? It is the front-line workers, such as the police officers or the military, who need this.

Ms. Gillis: Are you asking me about emergency plans or age-friendly cities?

Senator Cordy: I am talking about emergency preparedness.

Ms. Gillis: With the international and domestic subgroups, we have involved people from the provinces in emergency preparedness who are first-line reactors. We are working with some of the provincial people and the Canadian Red Cross. We have involved partners who are key stakeholders. We knew we could talk amongst ourselves in the seniors' community without having collaborative relationships. However, involving those provincial people in the development of the guidelines and the work that we are doing would facilitate it moving down the line.

Le rapport et sa vision reposent sur le *Cadre de planification relative au vieillissement de la population canadienne*, réalisé en 2002 par les ministres FPT responsables des aînés, en particulier sur les éléments fondamentaux liés à la santé, au bien-être et à la sécurité, et ils reconnaissent l'importance primordiale de milieux axés sur le soutien.

Les milieux axés sur le soutien constituent le mécanisme clé qui permet aux gouvernements de cibler leur démarche, d'établir un rythme et de constater les résultats du point de vue de la promotion du vieillissement en santé. L'agence, de concert avec les provinces et les territoires, les ONG, les chercheurs et le secteur privé, appuiera la création de collectivités amies des aînés et la promotion du vieillissement en santé au Canada.

Encore une fois, je vous remercie de m'avoir offert l'occasion de vous exposer mon point de vue et je vous offre tous mes vœux de succès dans le cadre de vos initiatives.

Le président : C'est nous qui vous remercions. J'ai été quelque peu amusé d'entendre que vous avez tenu votre conférence par un temps de moins 40 degrés à Winnipeg, parce que j'ai fait la même chose pour notre conférence sur les soins palliatifs. J'avoue que c'était un excellent moyen de faciliter la concentration parce que nul ne voulait sortir.

Mme Gillis : C'était drôle parce que tous les Canadiens sont demeurés à l'intérieur alors que tous les participants venus d'Inde et de Jamaïque sont sortis.

Le président : Ils voulaient voir comment c'était.

Mme Gillis : Justement.

Le président : Je vais entamer la période des questions cet après-midi en cédant la parole en premier au sénateur Cordy.

Le sénateur Cordy : Vous nous avez donné un aperçu du dossier d'un point de vue fédéral. J'aimerais voir comment cela filtre vers la base. Auparavant, j'étais membre du Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense. Nous avons fait la tournée de toutes les provinces en vue de déterminer combien elles recevaient en réalité. Malheureusement, elles ne recevaient pas, semble-t-il, autant que le croyait Ottawa.

Comment faire en sorte que les plans élaborés au niveau fédéral de concert avec plusieurs intéressés se rendent jusqu'aux provinces et aux municipalités? Ce sont les travailleurs de première ligne, par exemple les policiers ou les militaires, qui en ont besoin.

Mme Gillis : Êtes-vous en train de m'interroger au sujet des plans d'intervention d'urgence ou des villes amies des aînés?

Le sénateur Cordy : Je parle de protection civile.

Mme Gillis : Dans le cadre des sous-groupes internationaux et nationaux, nous avons fait participer des intervenants de première ligne des provinces à la protection civile. Nous travaillons avec certains fonctionnaires provinciaux et avec la Croix-Rouge canadienne. Nous avons des partenaires qui participent en tant que principaux intéressés. Nous savions que nous pouvions parler entre nous, au sein de la communauté des personnes âgées, sans avoir des liens de collaboration. Toutefois, la participation de ces fonctionnaires provinciaux à l'élaboration des lignes directrices et

In the international scene, we have witnessed the movement of the World Health Organization and the UN to adopt our information on seniors.

On the domestic level, we are also getting positive reaction from our partners, in regard to both emergency preparedness and seniors.

That having been said, there is much work to be done.

Senator Cordy: Looking specifically at seniors, their needs may or may not be different than the rest of the population in a given municipality. Are seniors identified as part of a plan, both nationally and within a municipality, so that a senior who may be physically incapacitated is red-flagged by the fire department or by the emergency services within a municipality?

Ms. Gillis: That is one of the goals we want to work on achieving. I am not sure that happens in every community yet. One of the areas identified in our work is the importance of identifying buildings that have a large population of seniors. In most communities, assisted living buildings are already identified by emergency planners, but there is more work to do in identifying all vulnerable populations within the community.

Senator Cordy: I would agree that facilities for assisted living or homes for seniors in a community have been red-flagged. It is the seniors living independently in their own home or with another family member who would be more at risk.

Ms. Gillis: That is the impetus for our work, because we saw in Louisiana that community-dwelling seniors were not identified. Part of our work aims to initiate that process in a more widespread manner.

Senator Cordy: The issue of communicating a plan to a community is important. I heard someone speak about communications with respect to a disaster that had happened in France. The biggest problem was not deaths directly attributed to the explosion but that people all took the same route to get out of the town. Emergency vehicles were unable to reach the people in need.

Ms. Gillis: That example is broader than only seniors. It is a responsibility of the local responders.

An impetus for us was following 9/11 in New York City. The city planners had an agreement with the humane society that in a disaster situation, they could cross emergency lines. However, the city planners did not have agreements with many of the caregivers. When the site was identified as a crime scene, they cut off all transportation into lower Manhattan. People were left in their beds for up to seven days without help, often not knowing what happened — the sky went dark and the phone went dead.

du travail que nous sommes en train de faire faciliterait la diffusion vers la base. Sur la scène internationale, nous avons vu le mouvement au sein de l'Organisation mondiale de la santé et des Nations Unies en vue d'adopter nos renseignements sur les personnes âgées.

Sur la scène nationale, nous obtenons aussi des réactions favorables de nos partenaires, en ce qui concerne à la fois la protection civile et les personnes âgées.

Cela étant dit, il reste beaucoup de travail à faire.

Le sénateur Cordy : En ce qui concerne plus particulièrement les aînés, leurs besoins ne sont peut-être pas différents du reste de la population au sein d'une municipalité donnée. Identifie-t-on les aînés dans le cadre du plan, tant à l'échelle nationale que dans les municipalités, pour que les services des incendies ou d'urgence d'une municipalité sachent qu'un aîné, peut-être incapable de se déplacer, a besoin de secours?

Mme Gillis : C'est l'un des objectifs que nous tenons à réaliser. Je ne suis pas sûre que c'est le cas actuellement au sein de toutes les collectivités. Un des domaines identifiés dans nos travaux est l'importance de repérer les immeubles où se trouvent un grand nombre d'aînés. Dans la plupart des collectivités, les résidences-services sont déjà identifiées par les planificateurs des interventions d'urgence, mais il reste encore du travail à faire pour cerner toutes les populations vulnérables d'une collectivité.

Le sénateur Cordy : Je conviens avec vous que les établissements qui offrent des services ou les maisons pour personnes âgées d'une collectivité ont été repérés. Ce sont les aînés qui vivent seuls dans leur maison ou avec un autre membre de la famille qui sont les plus à risque.

Mme Gillis : C'est ce qui motive nos travaux, parce que nous avons observé en Louisiane que les aînés qui vivent au sein de la collectivité n'avaient pas été repérés. Une partie de nos travaux vise à élargir le processus.

Le sénateur Cordy : L'idée de communiquer le plan à la collectivité est importante. J'ai entendu quelqu'un parler des communications relativement à une catastrophe survenue en France. Le plus grand problème n'était pas les décès directement causés par l'explosion, mais le fait que tous ont emprunté la même route pour sortir de la ville. Les véhicules d'urgence étaient incapables d'atteindre les personnes en détresse.

Mme Gillis : Cet exemple ne vise pas que les aînés. C'est là la responsabilité des intervenants locaux.

Une source de motivation pour nos travaux a été l'après-11 septembre à New York. Les planificateurs de la ville avaient une entente avec la société de protection des animaux selon laquelle, en cas de catastrophe, on pourrait aller d'urgence dans d'autres territoires. Toutefois, les planificateurs urbains n'avaient pas de pareilles ententes avec bon nombre des dispensateurs de soins. Quand le site a été identifié comme étant la scène d'un crime, ils ont coupé tous les moyens de transport vers le sud de l'île Manhattan. Certaines personnes ont été obligées de quitter le lit pour jusqu'à sept jours sans aide, ignorant souvent ce qui s'était produit — le ciel s'était noirci, et il n'y avait plus de service téléphonique.

A number of recommendations came out of that situation, which we have adapted in our work for seniors. We want to ensure emergency groups speak to community groups that provide assistance to vulnerable populations in an emergency.

Senator Cordy: That would also be true about communications. In Halifax, following Hurricane Juan, most people experienced power losses for several weeks. The weather was fine, so there was less impact.

Do you have plans in place for seniors specifically given that they are less likely than a teenager to have a cell phone and such?

Ms. Gillis: Not specifically, although let me explain where we are now, so you will understand why I am not answering directly.

The big policy pieces have been done. A policy document for governments and NGOs was prepared that discusses these issues you raise. In Halifax, the next step is specific tool kits for distribution to the communities. These kits will have questions, such as those you are asking now, about the methods of locating seniors and ensuring they have the information they require.

Probably the best example in the developed world in terms of responding to seniors and emergencies is the State of Florida. They experience hurricanes regularly. If you recall the summer that Hurricane Katrina occurred, there were four or five others that had hit Florida, and there was not the loss of life that occurred with Katrina in the Gulf States.

They have developed a number of best practices plans that they bring to our conferences. We look to Florida for direction in terms of seniors living in high-rises for example. After the electricity goes out, the elevator does not function and the stairs must be used. Often they are not able to use the stairs, so we must ensure those seniors get water and food. They have done much work in this area, which they have been sharing with us in Canada and internationally.

Senator Cordy: When a plan is developed relating to seniors — or even overall emergency preparedness plans — is evaluation included as part of that?

Ms. Gillis: Yes. We are not at the evaluation point yet with the policy piece we are presently involved with. When looking at the best practices that will be happening in the second workshop in Halifax, many of those have evaluations programs incorporated, for example, post-9/11 or Hurricane Katrina. We will be using those.

Plusieurs recommandations ont suivi, recommandations que nous avons adaptées à nos travaux sur les aînés. Nous tenons à faire en sorte que les groupes d'intervention d'urgence parlent avec les groupes communautaires qui offrent l'aide aux populations vulnérables en cas d'urgence.

Le sénateur Cordy : Ce serait vrai également pour les communications. À Halifax, après l'ouragan Juan, une grande partie de la population a été privée d'électricité pendant plusieurs semaines. La météo était superbe, de sorte que cela a eu moins d'impact.

Avez-vous en place des plans visant particulièrement les aînés étant donné qu'ils sont moins susceptibles d'avoir, comme un ado, un cellulaire et d'autres moyens de communication.

Mme Gillis : Pas particulièrement, bien que j'aimerais, avec votre permission, vous expliquer où nous en sommes actuellement, de sorte que vous comprendrez pourquoi je ne réponds pas directement.

Les importants documents d'orientation sont rédigés. Un document d'orientation à l'intention des gouvernements et des ONG traite du genre de question dont vous parlez. À Halifax, l'étape suivante est de distribuer au sein des collectivités des trousseaux d'information spécifiques. Dans ces trousseaux, on trouvera de l'information au sujet des questions que vous abordez actuellement, c'est-à-dire à la façon dont on repère les aînés et qu'on leur transmet l'information dont ils ont besoin.

Le meilleur exemple dans le monde occidental des interventions auprès des aînés et en cas de situation d'urgence est probablement l'État de la Floride. Des ouragans y frappent régulièrement. Si vous vous rappelez l'été pendant lequel l'ouragan Katrina a frappé, il y en a eu quatre ou cinq autres qui ont touché la Floride et, pourtant, il n'y a pas eu de pertes de vie comme ce qui s'est produit avec Katrina dans les États du golfe.

L'État a élaboré plusieurs plans fondés sur des pratiques exemplaires qu'il présente à nos conférences. Nous nous tournons vers la Floride pour savoir quoi faire au sujet des aînés qui vivent dans les tours d'habitation, par exemple. Quand il n'y a pas d'électricité, l'ascenseur ne fonctionne pas et il faut utiliser l'escalier. Souvent, ces personnes sont incapables d'utiliser l'escalier, de sorte que nous devons faire en sorte que ces aînés ont de l'eau et de quoi se nourrir. Les Floridiens ont beaucoup fait dans ce domaine et ils en ont partagé le fruit avec le Canada et le monde entier.

Le sénateur Cordy : Quand un plan est élaboré relativement aux aînés — ou même des plans globaux de protection civile —, l'évaluation en fait-elle partie?

Mme Gillis : Oui. Nous n'avons pas encore atteint le stade de l'évaluation dans le document d'orientation auquel nous travaillons actuellement. Quant aux pratiques exemplaires, le deuxième atelier qui aura lieu à Halifax en traitera, et beaucoup d'entre elles comportent des programmes d'évaluation intégrés, par exemple, après le 11 septembre ou l'ouragan Katrina. Nous nous servirons de ces programmes.

Moving this forward is work for us as we implement it directly into the community.

Senator Keon: With respect to the age-friendly cities program, the tool kits and the connections through the World Health Organization with the other countries, is there twinning of some of the cities you have mentioned in Canada and those overseas?

Ms. Gillis: We will have to hire you as a policy person because that is one of the issues we were discussing. It came from a discussion with one of our NGO partners as a possible next step.

We released the age-friendly cities guide on October 1. It has a checklist with the types of issues that cities need to implement to become age-friendly. We are at that phase now. Hopefully, we will be moving into the implementation phase in the next year or two. It is interesting that your suggestion is the same as one that came from the NGOs.

Senator Keon: It would be of tremendous interest to look at some of the housing innovation that has occurred in Europe and Great Britain. We could learn a great deal from them.

Ms. Gillis: Absolutely. There are many such issues on the age-friendly topic and much to be learned from both developed countries and those that are developing on each of the eight checklists.

Senator Keon: Have you almost finished all of your policy documents on emergency preparedness?

Ms. Gillis: They are almost finished and will be released at the social committee meeting at the UN on February 11 to 14, 2008.

Senator Keon: I am probably being a little unfair because I have been on the committee post-SARS and I know Dr. David Butler-Jones very well. However, I do not know where you are in the lines of command in emergency preparedness. That was a big problem when SARS occurred. In reality, the head of the Canadian army truly called the shots. Although he could delegate to various ministers of health, he was legally in charge. Do you know whether there has been any change in that area?

Ms. Gillis: I am not as familiar with the actual responding first line because I am on the health-promotion side. I look at moving the seniors' issues forward, so I am not the right person to ask. I am sure we could take the question back to the Public Health Agency of Canada, PHAC, and ask someone who is a first-line responder at the national level to provide you with the answer.

Senator Keon: I will not have you take that question back because I am bugging them enough right now.

Nous avons du travail à faire pour faire progresser le dossier à mesure que nous mettons tout en œuvre directement au sein de la collectivité.

Le sénateur Keon : En ce qui concerne le programme des villes-amies des aînés, les trousseaux d'information et les contacts établis avec d'autres pays par l'intermédiaire de l'Organisation mondiale de la santé, y a-t-il jumelage de certaines villes que vous avez mentionnées au Canada et à l'étranger?

Mme Gillis : Il va falloir que nous vous engageons comme spécialiste de la politique parce que c'est l'une des questions dont nous sommes en train de discuter. Cette discussion fait suite à une discussion que nous avons eue avec une de nos ONG partenaires comme étant l'éventuelle étape suivante.

Nous avons rendu public le guide sur les villes-amies des aînés le 1^{er} octobre. Il comporte une liste de contrôle du genre de mesures que doivent mettre en place les villes pour être conviviales à l'égard des aînés. Nous en sommes à cette étape. Avec un peu de chance, nous passerons à la phase de la mise en œuvre au cours de l'année prochaine ou de l'année suivante. Il est intéressant de voir que vous faites la même suggestion que l'ONG.

Le sénateur Keon : Il serait suprêmement intéressant d'examiner certaines des innovations en matière de logement qui ont vu le jour en Europe et en Grande-Bretagne. Nous pourrions en apprendre beaucoup d'un pareil exercice.

Mme Gillis : Effectivement. Il y a beaucoup d'enjeux du même genre quand il est question de s'adapter aux aînés, et nous avons beaucoup à apprendre tant des pays développés que de ceux qui sont en développement pour chacune des huit listes de contrôle.

Le sénateur Keon : Avez-vous presque achevé la rédaction de tous vos documents d'orientation en matière de protection civile?

Mme Gillis : Ils sont presque terminés et seront rendus publics à la réunion du Comité social, aux Nations Unies, qui doit se tenir du 11 au 14 février 2008.

Le sénateur Keon : Je suis probablement un peu injuste parce que j'ai fait partie du comité chargé de l'après-crise du SRAS et je connais fort bien Dr David Butler-Jones. Toutefois, j'ignore où vous vous situez au juste dans la chaîne hiérarchique en matière de protection civile. C'était là un énorme problème lorsque la crise du SRAS a frappé. En réalité, c'était le chef de l'Armée canadienne qui prenait vraiment les décisions. Bien qu'il ait délégué son pouvoir à divers ministres de la Santé, c'était lui qui, sur le plan juridique, était en charge. Savez-vous s'il y a eu des changements dans ce domaine depuis lors?

Mme Gillis : Je ne m'y connais pas autant pour ce qui est de la première ligne d'intervention, parce que je travaille du côté de la promotion de la santé. Ce n'est pas à moi qu'il faut poser la question, car mon travail consiste à faire progresser les dossiers qui intéressent les aînés. Je suis sûre que nous pourrions transmettre la question à l'Agence de la santé publique du Canada et que nous pourrions demander à un intervenant de première ligne du niveau national de vous répondre.

Le sénateur Keon : Je ne veux pas que vous transmettiez cette question parce que je les harcèle déjà suffisamment comme cela.

However, it would be useful to know about the concept of twinning and whether you are at the point of arranging a discussion on whom Canada should twin with in Europe and elsewhere.

Ms. Gillis: It would be an interesting piece to take to the World Health Organization because we have a number of developed and developing cities and countries involved, so it could be broader than Canada. We could consider beginning in Canada if we so choose. I will bring your comment back to the office because it is the second time we have heard this.

When we looked at pulling some of the cities in, Udaipur, India, was interested and became one of those in the work on age-friendly cities. The first question from one of the municipal officials was with whom they could twin.

Senator Chaput: Although I might have missed it, I did not hear anything about municipal governments partnering with you.

Ms. Gillis: They are doing so, in fact.

Senator Chaput: At what level are they implicated?

Ms. Gillis: All the municipal governments of participating cities in the international World Health Organization study were our partners. Some Canadian and international mayors participated in the launch at Canada House, in London, on October 1. We worked with municipal governments, and the results from that work on age-friendly cities was most interesting. To date, British Columbia and Manitoba have adopted the age-friendly "communities now" as we call it. We will have guides from cities and rural and remote communities as a basis for their active aging plans. Nova Scotia is looking at doing some more work using it as a centre, and Quebec is beginning to look at how they want to continue the momentum. We have had quite a bit of interest. As well, we have heard from other provinces that want to move forward, and municipalities are involved, which we reach through the provinces. Some municipal organizations partnered with us in the early work.

Senator Chaput: Would the guides be different for a rural community than for an urban community?

Ms. Gillis: That is a great question. Interestingly enough, we expected greater differences in the types of responses we received from older people in developing and developed countries and also between rural-remote communities and cities. There were fewer differences than one would have expected in developed and developing countries. Many of the same issues, such as lack of transportation, housing and surly bus drivers, are universally loathed. We found many similarities.

Toutefois, il serait utile d'en savoir davantage au sujet du concept de jumelage et de savoir que vous êtes sur le point d'organiser une discussion sur les pays avec lesquels le Canada devrait faire du jumelage en Europe et ailleurs.

Mme Gillis : Ce serait un point intéressant à soumettre à l'Organisation mondiale de la santé parce que plusieurs villes et pays développés et en développement participent au projet, de sorte que les questions débordent du contexte canadien. Si nous le voulions, nous pourrions envisager de le faire au Canada. Je vais transmettre votre observation à mes supérieurs parce que c'est la deuxième fois que nous entendons une pareille suggestion.

Quand nous avons examiné l'idée de faire participer certaines villes, Udaipur, en Inde, était intéressée et est devenue l'une de celles qui a participé aux travaux sur les villes-amies des aînés. La première question posée par un des fonctionnaires municipaux était de savoir avec qui il pouvait se jumeler.

Le sénateur Chaput : Bien que j'en aie peut-être sauté des bouts, je n'ai rien entendu au sujet d'administrations municipales qui auraient des partenariats avec vous.

Mme Gillis : Elles en ont, en fait.

Le sénateur Chaput : À quel niveau s'engagent-elles?

Mme Gillis : Toutes les administrations municipales qui participent à l'étude internationale de l'Organisation mondiale de la santé étaient nos partenaires. Certains maires de villes canadiennes et étrangères ont pris part au lancement à la Maison du Canada, à Londres, le 1^{er} octobre. Nous avons travaillé de concert avec des administrations municipales, et les résultats de ces travaux sur les villes amies des aînés étaient des plus intéressants. Jusqu'ici, la Colombie-Britannique et le Manitoba ont adopté le concept des collectivités désormais amies des aînés, comme on les appelle. Nous aurons des guides des villes et des collectivités rurales et éloignées qui serviront à dresser les plans de vieillissement en santé. La Nouvelle-Écosse envisage de faire plus de travaux en les utilisant comme pivots, et le Québec commence à examiner la façon dont il souhaite poursuivre ses travaux. On a manifesté pas mal d'intérêt. De plus, nous avons entendu d'autres provinces se dire intéressées à aller de l'avant, et des municipalités que nous rejoignons par l'intermédiaire des provinces manifestent aussi de l'intérêt. Certains organismes municipaux ont travaillé en partenariat avec nous au début des travaux.

Le sénateur Chaput : Les guides pourraient-ils être différents selon qu'il s'agit d'une collectivité rurale ou d'une collectivité urbaine?

Mme Gillis : Voilà une excellente question. Fait plutôt intéressant, nous nous attendions à de plus grands écarts dans le genre de réactions que nous avons eues des aînés des pays en développement et des pays développés et entre les collectivités éloignées et rurales et les villes. En fait, il y a moins de différence qu'on aurait pu le croire entre les pays développés et ceux qui sont en développement. Bon nombre des mêmes problèmes, comme le manque de transport, le logement et l'humeur maussade des chauffeurs d'autobus, sont universels. Nous avons relevé de nombreuses similitudes.

Similarly, there were the same types of concerns expressed by rural-remote communities and cities. Of course, access issues are often highlighted in rural communities. We are beginning to see much of what you have studied in this committee: Our rural communities are losing their young people. We have many older people living in rural communities, and the traditional support networks of the children are now in Toronto or Winnipeg or elsewhere. That information is starting to surface, and difficulties with access to health care is coming out more directly than we would see in the cities.

Senator Chaput: Is there a link?

Ms. Gillis: Yes, there is a link.

The Chair: What kind of components would you be looking for to be able to declare a city age-friendly?

Ms. Gillis: We identified eight determinants of health as the basis. If I may take you back one step, I will remind you about how the work was done at the front end — which I believe I told you about during my appearance before the committee about one year ago.

We asked seniors eight direct questions on determinants of health dealing with outdoor spaces, buildings, transportation, housing, social participation, respect and inclusion, civic participation and employment, and community and health services. We worked with universities, geriatricians and gerontologists to develop scientific questions. In the big cities, we spoke to eight different groups with different demographics. We spoke to civic leaders and caregivers. We asked them a series of questions on the eight determinants of health. We heard back from older people in their own voices what they needed in their cities to age healthily.

To get back to your question, we asked specific questions, so, based on those determinants of health, we had an overall vision of age-friendly cities. We created a checklist and gave this as a guide to cities who participated. They then look around their respective communities to determine where they have weaknesses and strengths. We use that as a guideline to make their cities more age-friendly. The common mantra is good design is good design: If we have good design for older people, then we generally have good design for children. Age-friendly is not only for seniors but also for others in the community.

The Chair: Does any money go along with this?

Ms. Gillis: Yes, there has been funding. Canada was so well acknowledged for its work because we funded many developing countries. Although it was not much money, it was sufficient to

De la même façon, les collectivités rurales éloignées et les villes ont exprimé le même genre de préoccupations. Naturellement, les questions d'accès sont souvent mises en relief dans les collectivités rurales. Nous commençons à observer en grande partie ce que vous avez constaté en comité : nos collectivités rurales perdent leurs jeunes. Il y a beaucoup de personnes âgées vivant dans les collectivités rurales, et les réseaux traditionnels de soutien que sont les enfants se trouvent maintenant à Toronto, à Winnipeg ou ailleurs. L'information commence à voir le jour, et les difficultés d'accès aux soins de santé ressortent plus nettement que ce qu'on pourrait observer dans les villes.

Le sénateur Chaput : Y a-t-il un lien?

Mme Gillis : Oui.

Le président : En fonction de quels éléments pourriez-vous déclarer une ville amie des aînés?

Mme Gillis : Nous avons repéré huit déterminants de la santé comme base. Si je peux vous ramener en arrière quelques instants, je vous rappelle comment le travail s'est fait au début — je crois vous l'avoir expliqué durant mon témoignage devant votre comité il y a un an environ.

Nous avons posé aux aînés huit questions directes sur les déterminants de la santé, notamment les espaces extérieurs, les immeubles, le transport, le logement, la participation à la vie sociale, le respect et l'inclusion, la participation à la vie municipale et l'emploi, ainsi que les services communautaires et services de santé. Nous avons travaillé avec des universités, des gériatres et des gérontologues en vue d'élaborer des questions scientifiques. Dans les grandes villes, nous avons discuté avec huit groupes différents aux profils démographiques distincts. Nous avons parlé à des notables et à des dispensateurs de soins. Nous leur avons posé une série de questions sur les huit déterminants de la santé. Les aînés nous ont communiqué eux-mêmes ce dont ils avaient besoin dans leur ville pour vieillir en santé.

Pour en revenir à votre question, nous avons posé des questions précises, de sorte que, en fonction de ces déterminants de la santé, nous avons obtenu un portrait global des villes amies des aînés. Nous avons donc établi une liste de contrôle et l'avons communiquée aux villes qui avaient participé à nos travaux en tant que guide. Ensuite, elles examinent leurs collectivités respectives afin de déterminer où sont leurs faiblesses et leurs points forts. Nous nous en servons comme principes directeurs pour rendre ces villes plus conviviales à l'égard des aînés. La phrase sacrée qui revient constamment est qu'un bon design est toujours valable : si nous concevons bien les installations pour les aînés, nous aurons alors, en règle générale, des installations bien conçues pour les enfants. Leur adaptation à l'âge ne vaut pas seulement pour les aînés, mais également pour d'autres membres de la collectivité.

Le président : Est-ce que tout cela s'accompagne d'argent?

Mme Gillis : Oui, il y a des fonds. Le Canada a été si bien reconnu pour son travail parce qu'il a financé de nombreux pays en développement. Bien que le montant ne soit pas très important,

pull it together. The studies on age-friendly and rural-remote were funded by the provinces and the PHAC — from the FPT pot. Now, we are looking at other ways to move forward.

We have traditionally used the population health fund from the PHAC to fund the work. We will look at some version of that as we move forward and at how we will do the implementation phases. As I mentioned, we have had a great deal of interest from many communities wanting to move into the project.

The Chair: What types of coordination are you doing with other departments?

Ms Gillis: We work directly through Human Resources and Social Development Canada, HRSDC, which is the lead for seniors for the Government of Canada. We have been working with them, informing other departments. At this point, we have been working more closely, though, with the provinces and municipalities. That has been the major direction of our work.

The Chair: This takes you somewhat out of your comments for today, but an area that is of grave concern is the health care of seniors and, more particularly, their access to appropriately trained physicians and nurses. We heard that there has been a doubling in the number of gerontologists, but we know that the baseline for that doubling was so small that it was similar to increasing from 10 to 20. We still have a huge lack of gerontologists, and the number of nurses has not changed at all. What type of work is your agency doing, if any, with respect to attracting more physicians to enter gerontology?

Ms Gillis: Bear with me, because the new job I just started today is directly on that issue. I have only had a five-minute briefing, so I am not sure I can answer that question yet; perhaps in a few weeks.

From the perspective of the Public Health Agency of Canada, interestingly enough, some of those concerns came up on the age-friendly city discussion on health care access, both in rural-remote communities and in age-friendly cities. It was interesting because the concern was not so much about gerontologists as about primary care. Perhaps the second part to your question should be about the number of gerontologists we need and the amount of information front-line providers across the health spectrum know about seniors, whether it is nursing, occupational therapists or physicians, or the whole coordinated team. There are two pieces to that.

The Chair: As a little bit of advice, when I began my work with palliative care, a fascinating study came out of Edmonton, and another out of McGill, indicating that the average physician had

il a suffi pour tout faire. Les études sur l'adaptation à l'âge et sur les collectivités rurales et éloignées ont été financées par les provinces et par l'Agence de la santé publique du Canada — ce n'est pas venu du fonds commun FPT. Nous sommes actuellement en train d'examiner d'autres façons d'aller de l'avant.

Dans le passé, nous nous sommes servis du fonds destiné à la santé de la population à l'ASPC pour financer les travaux. Nous examinerons une variante de cette formule à mesure que nous irons de l'avant et comment nous procéderons à la mise en œuvre. Comme je l'ai mentionné, de nombreuses collectivités s'intéressent beaucoup à ce que nous faisons et elles souhaitent participer au projet.

Le président : Quel genre de coordination assurez-vous auprès d'autres ministères?

Mme Gillis : Nous passons directement par Ressources humaines et Développement social Canada, soit RHDSC, premier responsable des personnes âgées au sein du gouvernement du Canada. Nous travaillons de concert avec ce ministère à informer d'autres ministères. À ce stade-ci, nous avons travaillé plus étroitement, toutefois, avec les provinces et les municipalités. Ce fut là l'essentiel de notre travail.

Le président : Ma question déborde un peu du cadre de vos observations d'aujourd'hui, mais un domaine très préoccupant est l'accès des personnes âgées aux soins de santé, plus particulièrement à des médecins et à des infirmières spécialisés dans le genre de soins dont elles ont besoin. Nous avons entendu dire que le nombre de gérontologues avait doublé, mais nous savons que le nombre au départ était si faible que cela revenait à passer de 10 à 20. Il y a encore une énorme pénurie de gérontologues, et le nombre d'infirmières n'a pas changé du tout. Quel genre de travail effectue votre agence, si elle en fait, pour attirer plus de médecins en gérontologie?

Mme Gillis : Je fais appel à votre bienveillance, parce que le nouvel emploi que j'occupe depuis aujourd'hui seulement porte directement sur cette question. Je n'ai eu qu'une séance d'information de cinq minutes. Je ne suis donc pas sûre que je suis prête à répondre à cette question. Peut-être le serai-je dans quelques semaines.

Fait plutôt intéressant du point de vue de l'Agence de la santé publique du Canada, certaines de ces préoccupations ont fait surface durant les discussions sur les villes-amies des aînés quand on a mentionné l'accès aux soins de santé, tant dans les collectivités rurales et éloignées que dans les villes amies des aînés. C'était intéressant parce que la préoccupation ne porte pas tant sur les gérontologues que sur les soins primaires. La seconde partie de votre question devrait peut-être porter sur le nombre de gérontologues dont nous avons besoin et sur l'information qu'ont les fournisseurs de première ligne dans le domaine de la santé au sujet des personnes âgées, que ce soit des infirmiers, des ergothérapeutes ou des médecins, ou encore toute l'équipe pluridisciplinaire. Il y a deux volets à cette question.

Le président : Si je puis me permettre un petit conseil, lorsque j'ai commencé à travailler en soins palliatifs, une étude fascinante est venue d'Edmonton et une autre de McGill selon lesquelles le

one hour of training in their entire four years of medical school on palliative care, including pain management. I decided that, quite frankly, this had to change.

As of next June, no physician will graduate from undergraduate medicine without a core program in palliative medicine. We were able to accomplish that by giving the College of Physicians and Surgeons \$1.25 million, which was a small amount of money, but they developed the curriculum and got it to the medical schools, and it happened. Gerontology will be the next area to tackle. If graduating physicians learned about dealing with seniors in their undergraduate program, we would not have the situation where seniors cannot find a family physician because when their gerontologist or family physician dies or decides to leave practice, the younger physicians will not take them. One reason for that is they do not know anything about seniors.

Ms Gillis: That will just grow with the demographics. That is an area for me to consider in my new job.

The Chair: Thank you very much for your presentation this afternoon. It was very much appreciated.

Honourable senators, I would like to hold you in camera for a few minutes.

The committee continued in camera.

OTTAWA, Monday, December 10, 2007

The Special Senate Committee on Aging met this day at 12:31 p.m. to examine and report upon the implications of an aging society in Canada.

Senator Sharon Carstairs (*Chair*) in the chair.

[*English*]

The Chair: I want to welcome all of you to the Special Senate Committee on Aging. This committee is examining the implications of an aging society in Canada.

Today's meeting will focus on housing, supportive housing, assisted living and home care. To help us understand the issues surrounding these topics, we have before us Luis Rodriguez and Debra Darke from the Canada Mortgage and Housing Corporation; Sharon Sholzberg-Gray, President and Chief Executive Officer of the Canadian Healthcare Association; Pierre Allard and David MacDonald from The Royal Canadian Legion; Margaret Hall from the University of British Columbia; and, appearing via video conference, Marcus Hollander, President of Hollander Analytical Services Ltd.

médecin moyen recevait une heure de formation durant ses quatre années d'études en médecine sur les soins palliatifs, y compris sur la gestion de la douleur. J'ai décidé que, pour être tout à fait franc, il fallait que cela change.

À compter de juin prochain, aucun étudiant de médecine ne pourra obtenir son diplôme de premier cycle s'il n'a pas suivi un programme d'études de base en soins palliatifs. Nous y sommes parvenus en versant au Collège des médecins et des chirurgiens 1,25 million de dollars, un faible montant, somme toute, mais il a permis d'élaborer un programme d'études et de l'implanter dans les écoles de médecine. La gérontologie sera la prochaine cible. Si les médecins, à leur sortie de l'université, ont appris à traiter avec des personnes âgées, il n'y aura plus de cas où les aînés ne peuvent se trouver de médecin de famille parce qu'au décès ou à la prise de la retraite de leur gérontologue ou médecin de famille, les médecins plus jeunes refusent de les prendre en charge. Une des raisons expliquant ce phénomène est qu'ils ne savent strictement rien des aînés.

Mme Gillis : Le problème ne fera que s'amplifier avec le vieillissement de la population. C'est là une question que je devrai suivre de près dans mon nouvel emploi.

Le président : Je vous remercie beaucoup de l'exposé que vous nous avez fait cet après-midi. Nous vous en sommes très reconnaissants.

Chers collègues, j'aimerais que nous nous réunissions à huis clos pour quelques minutes.

Le comité poursuit ses travaux à huis clos.

OTTAWA, le lundi 10 décembre 2007

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui à 12 h 31 pour examiner les incidences du vieillissement de la société canadienne et en faire rapport.

Le sénateur Sharon Carstairs (*présidente*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

La présidente : Je tiens à vous souhaiter à tous la bienvenue au Comité sénatorial spécial sur le vieillissement. Le comité examine les incidences du vieillissement de la société canadienne.

Nous allons, dans la réunion d'aujourd'hui, nous concentrer sur le logement, le logement-services, le logement en milieu de soutien et les soins à domicile. Vont nous aider à comprendre ces différents sujets Luis Rodriguez et Debra Darke, de la Société canadienne d'hypothèques et de logement; Sharon Sholzberg-Gray, présidente et chef de la direction de l'Association canadienne des soins de santé; Pierre Allard et David MacDonald, de La Légion royale canadienne; Margaret Hall, de l'Université de la Colombie-Britannique; et Marcus Hollander, président de Hollander Analytical Services Ltd, qui comparait devant nous par vidéoconférence..

We will begin with our video conference witness because sometimes technology does not always work the way we want. While we have him here and know the connection is working, we would like to start with Mr. Hollander.

Marcus J. Hollander, President, Hollander Analytical Services Ltd., as an individual (by video conference): I would like to thank the Special Senate Committee on Aging for inviting me to speak about the research we have done over the past several years and how this research may be able to inform the policy process.

While the current national policy focus is on short-term and specialty home care, and certainly significant contributions have been made in this area, it may now be time to also consider how best to respond to seniors who have on-going or long-term care needs. It is our view that there are two key areas that this committee may wish to consider in its deliberations: The importance of a focus on a broader, integrated system of care for the elderly; and the importance of long-term home care and home support services.

I shall discuss each of these topics in turn.

With regard to more integrated models of care delivery, seniors have a range of care needs that cut across both health and social services. Ideally, one would like to have a system of care that is specifically targeted to meet this diverse set of needs, incorporating a broad continuum of services from home care to housing options to residential care and specialty geriatric services in hospitals.

While there were movements to develop such broader systems at the provincial level in the late 1980s and early 1990s, the recent policy focus has been more on component parts such as home care, housing and residential care — obviously, these are also very important. We are of the view that coordinated, integrated care delivery systems for persons with ongoing care needs are, as Martha Stewart might say, a good thing. They are good clinically because they allow for well-coordinated, seamless care for clients across a wide range of services, from Meals on Wheels to specialized geriatric assessment and treatment centres in hospitals.

They are good from a policy perspective because policies can be made at the broader systems level, across all care services in the system, to the benefit of the client.

They are good economically because such systems allow for trade-offs between, for example, less costly home care services and more expensive residential care or acute care services. Such efficiencies can increase value for money within the continuing care system — home care, long-term care and appropriate housing options — and within the broader health care system.

Nous allons commencer par le témoin qui comparait par vidéoconférence, étant donné que la technologie ne fonctionne pas toujours comme nous le voudrions. Nous préférons donc commencer par M. Hollander, étant donné qu'il est déjà là et que nous savons que la connexion est bonne.

Marcus J. Hollander, président, Hollander Analytical Services Ltd., à titre personnel (par vidéoconférence) : J'aimerais remercier le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement de m'avoir invité à vous parler de la recherche que nous effectuons depuis plusieurs années et vous démontrer comment elle peut éclairer le processus d'élaboration des politiques.

La politique nationale actuelle porte surtout sur les soins à court terme et les soins à domicile spécialisés, et il va sans dire que de grands progrès ont été accomplis dans ce domaine, mais le moment est peut-être venu de se demander quel est le meilleur moyen de répondre aux besoins continus ou à long terme des aînés. À notre avis, le comité devrait examiner les deux grandes questions suivantes dans le cadre de ses délibérations : l'importance de mettre l'accent sur un système élargi et intégré de soins aux aînés; et l'importance d'offrir des services de soins et de soutien à domicile.

Je vais aborder ces deux sujets à tour de rôle.

En ce qui concerne les modèles plus intégrés de prestation de soins, les aînés ont de nombreux besoins qui relèvent autant des services de santé que des services sociaux. Dans un monde idéal, le système de soins serait conçu pour répondre à cette diversité de besoins et comprendrait un vaste éventail de services, allant des soins à domicile à des options d'hébergement, aux soins en établissement et aux services gériatriques en milieu hospitalier.

Malgré les efforts déployés à la fin des années 1980 et au début des années 1990 pour mettre au point ce genre de système élargi à l'échelon provincial, les récentes politiques mettent davantage l'accent sur certaines composantes du système, comme les soins à domicile, le logement et les soins en établissement — qui sont bien sûr elles aussi très importantes. Nous croyons que la mise en place de systèmes coordonnés et intégrés de prestation de soins à l'intention des personnes qui ont des besoins constants serait une bonne chose, pour paraphraser Martha Stewart. Ces systèmes sont une bonne chose sur le plan clinique parce qu'ils permettent d'offrir des soins coordonnés et intégrés par le biais d'une vaste gamme de services, allant de la Popote roulante aux centres d'évaluation et de traitement gériatrique en milieu hospitalier.

Ils sont une bonne chose d'un point de vue stratégique, parce qu'il est ainsi possible d'élaborer des politiques à l'échelle du système pour couvrir l'ensemble des services de soins et ce, dans l'intérêt du client.

Ils sont une bonne chose sur le plan économique parce qu'ils permettent de faire des compromis, par exemple entre des services à domicile moins coûteux et des services de soins en établissement ou de soins actifs qui, eux, coûtent plus cher. Les économies ainsi réalisées peuvent servir à optimiser les ressources au sein du système de soins continus — soins à domicile, soins à long terme et options de logement appropriées — et du système de soins de santé en général.

Finally, they are good because, if done well, it should be possible to simultaneously reduce costs or increase efficiencies and provide better care to clients.

How care delivery systems are organized and structured can have a profound effect on both the quality of care received and the costs of care to government.

I will talk about some of the evidence from our research that focuses on these topics. The history of home care services is one of an amalgamation of professional and supportive services. A new recognition of the importance of preventative and supportive care, and long-term home care is reflected in recent recommendations to enhance home-care funding to allow people to remain in their homes by increasing support to long-term home care and home support services by \$700 million and \$200 million in Ontario and British Columbia, respectively. In Ontario, this is the Aging at Home Strategy, and in British Columbia this was a recommendation of the premier's council.

There is some evidence about the cost-effectiveness of preventative home support services. A British Columbia study indicated that long-term home care can prevent or reduce the rate of admission to hospitals and long-term care facilities. People who only received housekeeping services and who were cut from service in two health regions were compared to people not cut from services in two similar regions in the mid-1990s. In the year before the cuts, the average annual cost per client broadly for the health care system was \$4,500 to \$5,000 per year. In the third year after the cuts, the comparative costs were \$11,900 and \$7,800, respectively, for a net difference of \$3,500. Thus, on average, the people actually cut from care cost the health care system \$3,500 more in the third year after the cuts than people who were not cut from service.

Total costs over the three-year period after the cuts were a little over \$28,000 and \$20,000, respectively, for those who were cut compared to those who were not cut from care. Most of the differences in costs were accounted for by increased costs for acute care and long-term residential care services.

We have conducted several studies about the cost-effectiveness of home care, particularly in Western Canada. The consistent result has been that, for people with the same levels of care need, home care services generally cost less than residential care services in terms of cost to government. We also found that the majority

Enfin, ils sont une bonne chose parce que, s'ils sont mis en place efficacement, il serait possible de réduire les coûts ou d'accroître les économies tout en offrant en même temps de meilleurs soins aux clients.

Le mode d'organisation et la structure des systèmes de prestation des soins peuvent avoir des répercussions profondes sur et la qualité des soins reçus et les dépenses du gouvernement au chapitre des soins.

Je vais parler un petit peu de certaines des preuves qui sont ressorties des travaux de recherche que nous avons effectués sur ces différents thèmes. Les services de soins à domicile sont issus de la fusion de services professionnels et de services de soutien. Les récentes recommandations visant à augmenter le financement des soins à domicile pour permettre aux gens de demeurer chez eux reflètent le regain de l'importance accordée aux soins préventifs et de soutien ainsi qu'aux soins à long terme à domicile. En Ontario et en Colombie-Britannique, on recommande d'augmenter les fonds consacrés aux services de soins et de soutien à domicile à long terme de 700 millions et de 200 millions de dollars, respectivement. En Ontario, il s'agit de la stratégie Vieillir chez soi, et en Colombie-Britannique, il s'agit d'une recommandation du conseil du premier ministre.

La rentabilité des services préventifs de soutien à domicile est démontrée. Selon une étude menée en Colombie-Britannique, les soins à domicile de longue durée peuvent prévenir ou réduire les admissions dans les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée. Au milieu des années 1990, on a établi une comparaison entre les personnes ne recevant que des services d'entretien ménager et qui étaient touchées par les réductions de services dans deux régions sanitaires et des personnes non visées par les réductions de services dans deux régions similaires. L'année précédant les coupures dans les services, les services offerts pour les personnes touchées par les coupures coûtaient en moyenne entre 4 500 \$ et 5 000 \$ par personne. Trois ans après les coupures, les coûts comparatifs s'établissaient à 11 900 \$ et 7 800 \$ respectivement, soit une différence nette de 3 500 \$. En moyenne, donc, les personnes touchées par les coupures dans les services coûtaient au système de santé quelque 3 500 \$ de plus, trois années après les coupures, par rapport aux personnes non touchées par les réductions de services.

Les coûts totaux sur les trois années ayant suivi les coupures se sont élevés à 28 000 \$ et à 20 000 \$ respectivement, pour les personnes touchées par les coupures de services et pour celles qui ont continué à en bénéficier. La différence est attribuable en grande partie aux soins actifs et aux services de soins de longue durée en établissement.

Nous avons dirigé plusieurs études sur la rentabilité des soins à domicile, notamment dans l'ouest du Canada. Le résultat constant est le suivant : pour les personnes qui ont les mêmes besoins en matière de soins, les services de soins à domicile coûtent en général moins cher au gouvernement que les soins en

of the home care services were for non-professional home support services.

Taking a broader perspective, we also conducted a study in Victoria, British Columbia, and Winnipeg, Manitoba, that looked at costs from a broader, societal perspective and included out-of-pocket expenses for clients and family members. The time contribution of family members who care for their loved ones cost the equivalent of replacement wages for paid caregivers. Even using this broader societal perspective, overall costs were less for home care clients. The quality of care in terms of client and family caregiver satisfaction and the client quality of life were as good or better for people receiving home care. Thus, the lower-cost home care alternative did not result in reductions in the quality of care.

While the contribution of facility care is very important and should be both respected and recognized, there may still be opportunities to substitute lower-cost home care for higher-cost residential care. The literature would indicate that supportive housing may also be less costly than residential care, but this is an area that requires further research.

We also found that the savings from substituting home care services for residential care services are not just theoretical; they can happen in the real world. Actual savings were achieved in British Columbia from the mid-1980s to the mid-1990s by holding down future construction of long-term care facility beds and making investments in home care.

An important point here is that what does not seem to be fully appreciated in current policy discussions is a seeming paradox of service provision: While elderly persons with functional limitations have health conditions and need medically necessary care, the appropriate responses to their health care needs are, in large part, often supportive services.

Taking the time to give a senior, who needs care, a bath, preparing a meal, feeding the individual and ensuring a safe and sanitary environment in the home does not necessarily have to be done by a health professional. However, for people who are too frail to shop, cook or take baths on their own due to their medical conditions, this type of personal support allows them to maintain their independence for as long as possible. It may actually save the health care system money by avoiding repeated hospital admissions and premature entry into long-term care facilities.

An extensive program of research on the cost-effectiveness of home care, which I had the privilege to be involved in, called the National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care presented a number of policy recommendations about how home care services should be structured. The synthesis report of this

établissement. Nous avons également constaté que, dans la majorité des cas, les services de soins à domicile se résumaient à des services de soutien à domicile prodigués par des non-professionnels.

Nous avons également effectué une étude à Victoria, en Colombie-Britannique, et à Winnipeg, au Manitoba, dans le but d'évaluer les coûts pour la société en général, y compris les dépenses directement assumées par les clients et des membres de leur famille. La contribution en temps de la part de parents qui s'occupent de proches coûte l'équivalent du salaire qui serait versé à un soignant rémunéré. Même en utilisant cette perspective sociétale plus large, les coûts d'ensemble étaient moindres pour les clients des services à domicile. La qualité des soins, selon le degré de satisfaction des clients et des aidants membres de la famille, et la qualité de vie du client, étaient égales ou meilleures dans le cas des personnes qui recevaient des soins à domicile. Ainsi, le fait d'opter pour des services de soins à domicile, moins coûteux, n'a pas diminué la qualité des soins.

Sans nier la grande importance de la contribution des soins en établissement, qu'il faut reconnaître et respecter, il peut toujours exister des occasions de remplacer les soins en établissement, qui coûtent plus cher, par des services de soins à domicile, moins coûteux. Certaines études démontrent que les logements en milieu de soutien peuvent également être moins coûteux que les soins en établissement, mais cette question nécessite une étude plus approfondie.

Nous avons également constaté que les économies générées par le remplacement des services en établissement par des services de soins à domicile ne sont pas qu'hypothétiques; elles peuvent réellement être réalisées. Entre le milieu des années 1980 et le milieu des années 1990, la Colombie-Britannique a réalisé des économies réelles en ralentissant la construction de nouveaux établissements de soins de longue durée et en investissant plutôt dans les services de soins à domicile.

Chose importante ici, les débats actuels sur la politique font ressortir un paradoxe concernant la prestation des services, et dont il semble que l'on ne tienne pas suffisamment compte : bien que les aînés ayant des limitations fonctionnelles requièrent des services médicaux, les solutions les plus appropriées face à leur état de santé sont souvent en grande partie des services de soutien.

Il n'est pas absolument nécessaire de faire appel à un professionnel pour donner un bain à un aîné, lui préparer un repas, le nourrir et veiller à ce que sa maison soit propre et sécuritaire. Ce genre de services de soutien personnels permettent aux personnes trop malades pour faire leurs courses, cuisiner ou prendre leur bain seules de conserver leur autonomie le plus longtemps possible. Ces services peuvent également générer des économies pour le système de soins de santé en évitant les admissions répétées à l'hôpital et le placement prématuré en établissement de soins de longue durée.

Aux termes d'un vaste projet de recherche sur la rentabilité des services de soins à domicile, appelé National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care, auquel j'ai eu le privilège de participer, nous avons formulé un certain nombre de recommandations sur la façon dont les services de soins à

project notes that home care, in order to more readily make the types of substitutions required to achieve greater efficiencies, needs to be part of a broader, integrated system of home and residential care, often referred to as continuing care.

By having administrative and fiscal control over such a large, integrated system of care, senior executives and policy-makers can take steps to ensure that appropriate and cost-effective substitution of home care services for acute care and residential care can, in fact, take place. Simply enhancing expenditures on home care per se may have a limited effect unless steps are taken to ensure that appropriate substitutions of home care services for acute and/or residential care services can be made.

In conclusion, we have moved from provincial care delivery systems in the early 1990s to more regionalized models. There are now many different examples of how to structure care services and also emerging, made-in-Canada, best practice models for structuring these health care delivery systems for the elderly.

A national focus on integrated care delivery systems seems to be lacking. It would be helpful if there could be some way for people who work in this area to share experiences and learn from each other about what seems to work and what does not.

Furthermore, in our earlier work, and this was some time ago, we found that the costs of integrated systems of delivery for the elderly and persons with disabilities — that is the cost for a provincial continuing care system — constituted the third largest component of our health care system in terms of public expenditures, after hospital and physician services. At present, we do not collect — or at least report — national data that would allow us to confirm if this is still the case. Our expectation is that appropriately structured, integrated models of care delivery for people with ongoing care needs would still constitute the third largest component of public health expenditures in our health care system. Certainly, drug expenditures have been increasing, but a significant portion of those expenditures are paid for by individuals themselves.

The challenge of developing the most appropriate systems of care for the elderly and other persons with ongoing care needs is, in our view, deserving of an active national policy focus.

The Chair: Thank you very much, Mr. Hollander. Next is Mr. Rodriguez.

Luis Rodriguez, Senior Researcher, Canada Mortgage and Housing Corporation: I want to thank members of the Special Senate Committee on Aging for inviting Canada Mortgage and Housing Corporation, CMHC, to participate. I hope that our discussions today will contribute to the committee's work. My

domicile devraient être structurés. Le rapport de synthèse indique que si l'on veut effectuer rapidement les types de substitution nécessaires pour réaliser des gains d'efficacité, alors il faut inclure les soins à domicile dans un système intégré et élargi de soins à domicile et de soins en établissement, souvent appelés soins continus.

L'exercice du contrôle administratif et fiscal sur un tel système intégré et élargi de soins permet aux dirigeants et aux décideurs de prendre les mesures requises pour assurer la transition efficace et rentable des soins actifs et en établissement vers des services de soins à domicile. Si l'on se contente d'augmenter les dépenses consenties aux soins de santé à proprement parler, on risque d'avoir un effet limité, sauf à prendre également des mesures pour remplacer les services de soins en établissement et(ou) de soins actifs par des services de soins à domicile.

En conclusion, nous sommes passés de systèmes provinciaux de prestation de soins au début des années 1990 à des modèles plus régionaux. Aujourd'hui, il existe une grande variété de structures de services de soins, et de nouvelles pratiques exemplaires « faites au Canada » commencent également à émerger en ce qui concerne l'organisation des services de soins aux aînés.

Ce qui semble faire défaut est une vision nationale axée sur des systèmes intégrés de prestation de soins. Il serait utile que les personnes travaillant dans le domaine puissent partager leur expérience et apprendre les uns des autres pour savoir ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas.

En outre, dans le cadre de nos travaux antérieurs, qui remontent déjà un petit peu en arrière, nous avons constaté que les coûts des systèmes intégrés de prestation de soins aux aînés et aux personnes ayant des déficiences — c'est-à-dire le coût d'un système de soins de santé continu provincial — représentaient la troisième dépense publique en importance dans le cadre du système de soins de santé, après les services hospitaliers et les services de médecin. À l'heure actuelle, nous ne cueillons pas — ou en tout cas nous ne rapportons pas — de données nationales qui nous permettraient de confirmer si c'est toujours le cas. Nous nous attendrions à ce que des modèles intégrés et bien structurés de prestation de soins prolongés aux personnes en ayant besoin demeurerait le troisième plus important poste de dépenses publiques au titre de notre système de soins de santé. Les coûts des médicaments vont, certes, augmentant, mais une importante partie de ces coûts est assumée par les usagers eux-mêmes.

L'élaboration des systèmes de soins de santé les plus appropriés pour les aînés et pour toutes les personnes ayant des besoins continus est un défi qui mérite, à notre sens, de faire l'objet d'un travail actif d'établissement d'une politique nationale.

La présidente : Merci beaucoup, monsieur Hollander. La parole est maintenant à M. Rodriguez.

Luis Rodriguez, chercheur principal, Société canadienne d'hypothèques et de logement : Je désire remercier les membres du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement d'avoir invité la Société canadienne d'hypothèques et de logement à participer. J'espère que les discussions que nous aurons aujourd'hui

presentation will focus on seniors' housing choices, where seniors are defined as people 55 years of age or older.

I have organized my presentation into seven parts: seniors' satisfaction with their current housing; seniors' housing preferences; seniors' housing choices model and the continuum of accommodation and support services; aging in place and home care; supportive housing and assisted living; community planning; and CMHC's seniors' housing research information transfer.

Our research shows that Canadian seniors are fairly comfortable in their current accommodations. In a recent national survey, nine in 10 seniors — 92 per cent — said their current housing situation generally meets their needs, compared to 6 per cent who felt otherwise.

According to the same survey, seniors who earn less than \$20,000 a year in household income were significantly less satisfied than their counterparts with their housing situation. However, the great majority — 83 per cent — of these lower-income seniors felt their housing situation met their needs. Homeowners who live in a single family detached home and who rate their health as excellent, were more likely than their counterparts to say their current housing situation met their needs.

The national survey I just mentioned also indicated that 87 per cent of seniors 55 years of age or older said that they planned to remain in their present home for as long as possible, even if there were changes in their health status. This preference appears to be getting stronger among seniors of all ages.

Homeowners, those who rate their health as excellent and who say they have little difficulty paying their current household expenses, are all more likely than their counterparts to say that they intend to remain in their present home for as long as possible. Only one in 10 said that they do not intend to remain in their present home.

The reasons for moving vary considerably among Canadian seniors. As up to three reasons could be given by each respondent, the sum of the percentage who gave each answer adds up to more than 100 per cent. About one in six, or 17 per cent, said that the cost of living is too high; 15 per cent said that their current home is getting too difficult to maintain, while 14 per cent said it is too difficult to get around in; 13 per cent of seniors who do not intend to stay in their homes said that they are ready to downsize in general; and slightly fewer, 11 per cent, simply disliked their present home. Not surprisingly, owners are more likely than renters to say that they plan to move because their current home is too difficult to maintain or because they wish to downsize.

enrichiront les travaux du comité. L'exposé que je vous présente aujourd'hui traite des choix de logements pour les aînés, c'est-à-dire les personnes de 55 ans et plus.

Ma présentation se divise en sept parties : satisfaction des aînés à l'égard de leur logement actuel; préférences des aînés en matière de logement; modèle de choix de logements pour aînés et continuum des services d'adaptation et de soutien; vieillissement chez soi et soins à domicile; logement en milieu de soutien et logement-services; planification communautaire; et activités de recherche et de diffusion de l'information sur le logement des aînés prises en charge par la SCHL.

Nos recherches montrent que les Canadiens âgés sont assez satisfaits de leurs logements actuels. Dans le cadre d'une récente enquête nationale, neuf aînés sur 10 — 92 p. 100 — affirmaient que leur logement actuel répondait en général à leurs besoins, par rapport à 6 p. 100 qui affirmaient le contraire.

Selon cette enquête, les aînés constituant un ménage dont le revenu annuel est inférieur à 20 000 \$ étaient beaucoup moins satisfaits de leur logement que leurs homologues, bien que la majorité — 83 p. 100 — de ces aînés à faible revenu aient affirmé que leur logement répondait à leurs besoins. Les propriétaires-occupants vivant dans une maison individuelle non attenante et évaluant leur santé comme étant excellente étaient plus enclins que leurs homologues à dire que leur logement actuel répondait à leurs besoins.

Cette même enquête nationale indique également que 87 p. 100 des personnes âgées de 55 ans et plus disaient prévoir demeurer dans leur logement actuel aussi longtemps que possible, même si leur état de santé changeait. Cette préférence semble prendre de l'ampleur chez les aînés de tous âges.

Les propriétaires-occupants, les personnes qui évaluent leur santé comme étant excellente et celles qui affirment avoir peu de difficultés à payer leurs frais d'occupation ont tous plus tendance à déclarer qu'ils ont l'intention de demeurer dans leur maison actuelle le plus longtemps possible que leurs homologues. Seulement un répondant sur 10 a affirmé qu'il n'avait pas l'intention de demeurer dans son logement actuel.

Les motifs de déménagement varient énormément d'un Canadien âgé à l'autre. Chaque répondant pouvait donner jusqu'à trois motifs, et la somme des pourcentages des répondants qui ont répondu à chaque question donne plus de 100 p. 100. Environ un répondant sur six, soit 17 p. 100, ont dit que le coût de la vie est trop élevé, 15 p. 100 que leur logement actuel devient trop difficile à entretenir, tandis que 14 p. 100 ont dit qu'il n'était pas facile de circuler dans leur logement actuel. Treize pour cent des aînés qui n'ont pas l'intention de demeurer dans leur logement actuel ont déclaré qu'ils étaient prêts à emménager dans une habitation plus petite, et un peu moins, soit 11 p. 100, ont dit n'aimer tout simplement pas le logement qu'ils occupent présentement. Comme on pouvait s'y attendre, les propriétaires sont plus enclins que les locataires à affirmer qu'ils prévoient déménager parce que leur logement actuel est trop difficile à entretenir ou parce qu'ils veulent avoir un logement plus petit.

Whether seniors live in a house, townhouse or apartment, rent or own their home, they have two major housing choices. They can stay where they are, or they can move elsewhere. Both renters and owners who remain in their home may need to make physical adaptations to their homes to meet their changing needs. To get an idea of the magnitude of the need, one can look at data from the Statistics Canada 2001 Participation and Activity Limitation Survey, PALS. Of the total population of those 65 years of age and older with disabilities, almost one in five either already have made home modifications or report that they need them. They may also need to access various types of support services as they get older.

Homeowners may require major home renovations, such as creating a bedroom, a bathroom or a laundry room on the ground floor of a two-storey home so that they do not have to climb stairs. They may also choose to share their home with someone who can assist with activities of daily living, such as snow removal and house maintenance, or provide companionship. They may also want to create a secondary suite, which they can rent to supplement their income. Senior homeowners can also tap into home equity to supplement their income.

The decision for seniors to move is usually driven by factors that push them from their current home or pull them to a new home. Push factors include inappropriate design or size of the home, loss of a spouse or decline in health. Pull factors include a better home; better access to recreational facilities, amenities or services; a more appealing lifestyle; increased safety and security; greater affordability; or proximity to family and friends.

The range of choices for those who choose to move elsewhere includes: moving to a secondary suite, such as an apartment or garden suite, to be close to family and friends; moving to a new home located in a community for all ages; or moving to a place where they can live near their peers, such as a lifestyle retirement community, a supportive housing development or an assisted living village.

As mentioned, our research shows that most seniors want to age in place in familiar surroundings until their health makes this impossible. This will mean growing demands for home adaptations to enable aging in place. It will also mean increased amounts for home maintenance and support services, including home care and personal care from family, friends and neighbours; and increased reliance on government and private service providers. Again, from PALS, almost three-quarters of seniors

Que les aînés vivent dans une maison isolée, une maison en rangée ou un appartement, qu'ils soient locataires ou propriétaires, deux principaux choix de logement s'offrent à eux : ils peuvent demeurer où ils sont ou ils peuvent déménager ailleurs. Il se peut que les locataires et les propriétaires qui décident de demeurer chez eux aient à adapter leur logement à leurs besoins changeants. Pour avoir une idée de l'ampleur des besoins, on peut examiner les données tirées de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités (EPLA) menée en 2001 par Statistique Canada. Sur l'ensemble de la population âgée de 65 ans et plus ayant une déficience, presque une personne sur cinq a déjà apporté des modifications à son logement ou a déclaré en avoir besoin. Il se peut qu'elles aussi besoin de faire appel à des services de soutien au fur et à mesure qu'elles vieillissent.

Les propriétaires-occupants peuvent devoir apporter des rénovations importantes à leur logement, telles que l'ajout d'une chambre, d'une salle de bain ou d'une buanderie au rez-de-chaussée d'une maison à deux étages, afin qu'ils n'aient pas à monter d'escaliers. Ils peuvent aussi choisir de partager leur maison avec une personne qui peut les aider dans leurs activités quotidiennes, comme l'enlèvement de la neige et l'entretien de la maison ou agir comme personne de compagnie. Il se peut également qu'ils souhaitent construire un logement accessoire qu'ils pourraient louer pour augmenter leur revenu. Les propriétaires-occupants âgés peuvent aussi se servir de leur avoir propre financier pour arrondir leurs revenus.

Quand ils décident de déménager, les aînés sont souvent motivés par des facteurs qui les poussent à quitter leur logement actuel ou qui les attirent vers une nouvelle maison. Parmi les facteurs qui les poussent à quitter, on trouve une mauvaise conception des lieux ou des dimensions qui ne conviennent plus, la perte du conjoint ou de la conjointe ou le déclin de l'état de santé. Les facteurs attrayants comprennent un logement de meilleure qualité, un meilleur accès aux installations de loisirs, aux commodités ou aux services, un mode de vie plus attrayant, une tranquillité d'esprit et une sécurité accrues, des coûts plus abordables ou la proximité de membres de la famille ou d'amis.

L'éventail des choix qui s'offrent à ceux qui déménagent comprend : l'emménagement dans un logement accessoire, comme un appartement accessoire ou un pavillon-jardin, pour se rapprocher de membres de la famille ou d'amis; l'emménagement dans un nouveau logement situé dans une collectivité regroupant des personnes de tous les âges; ou l'emménagement dans un endroit où ils peuvent vivre près de leurs pairs, comme un complexe adapté au mode de vie des personnes retraitées, un ensemble offrant des services de soutien ou un village-services.

Comme je l'ai déjà mentionné, nos recherches montrent que la plupart des aînés désirent vieillir chez eux, dans un milieu qu'ils connaissent bien, jusqu'à ce que leur santé ne le leur permette plus. Cette situation se traduira par une augmentation des demandes d'adaptation aux logements afin de leur permettre de vieillir chez eux. Elle se traduira aussi par une augmentation des demandes de services d'entretien et de soutien, notamment les soins à domicile et les soins personnels dont se chargeront des

aged 65 and older with disabilities reported receiving help from one or more of these sources. Almost one-third of those receiving help got it from voluntary, private or government agencies.

High repair and maintenance costs can place a heavy burden on low-income seniors. This can be a particular problem in areas outside urban centres, where home ownership rates for senior households are high — 82 per cent compared to 68 per cent in urban centres — and the overall housing stock is much older, with 34 per cent built before 1961, than it is in urban centres, with 29 per cent built before 1961.

Aging in place on an inadequate income, whether in a rural or urban area, can result in overall deterioration of housing and neighbourhoods through neglect of repairs and maintenance.

One promising option is supportive housing, which is a type of housing that helps people in their daily living through the provision of a physical environment that is safe, secure, enabling and homelike; and through the provision of support services such as meals, housekeeping, and social and recreational activities.

It is also the type of housing that allows people to maximize their independence, privacy, decision making and involvement, dignity, and choices and preferences. There can be various forms of supportive housing, depending on the levels and types of service that are provided. The most service-enriched forms of supportive housing, such as assisted living, could be an alternative to institutional care. Supportive housing can be most beneficial to those seniors who need help to carry out the activities of daily living, those who are frail or have disabilities and those who are living alone. It can also benefit seniors who prefer to live with their peers in an environment where they can enjoy companionship and the freedom to pursue different interests and lifestyles.

Supportive housing can be made available in a variety of building types and sizes. These range from small bungalows or cottages to homes shared by a group of eight to 10 people to larger buildings that contain many dwelling units. Supportive housing can also be made available in various forms of tenure, such as rental, condominium and life leases. A range of supportive housing choices is available today in Canada. Several provinces have developed their own definitions of supportive housing to meet specific circumstances, requirements and policy objectives.

With the aging of the Canadian population, our communities — cities, towns and villages — will need to be more senior-friendly. This means that they will have to be more

membres de la famille, des amis et des voisins, et les fournisseurs de services gouvernementaux et privés n'en seront que davantage sollicités. Encore une fois, selon l'EPLA de 2001, presque les trois quarts des personnes âgées de 65 ans et plus ayant une incapacité ont déclaré recevoir de l'aide d'une ou de plusieurs de ces sources. Environ le tiers de ceux qui reçoivent de l'aide l'ont obtenue d'organismes bénévoles, privés ou gouvernementaux.

Les coûts élevés des réparations et de l'entretien peuvent constituer un fardeau pour les aînés à faible revenu. Ce problème prend particulièrement de l'ampleur à l'extérieur des centres urbains où les ménages âgés sont majoritairement propriétaires — 82 p. 100 par rapport à 68 p. 100 dans les centres urbains —, et où l'ensemble du parc de logements est beaucoup plus vieux, avec 34 p. 100 des habitations construites avant 1961, que celui des centres urbains, dont 29 p. 100 des habitations ont été construites avant 1961.

Viellir chez soi avec un revenu insuffisant, que ce soit en région rurale ou en région urbaine, peut entraîner une détérioration des habitations et des quartiers du fait que les réparations et l'entretien soient négligés.

Le logement en milieu de soutien se veut une solution prometteuse. Ce type de logement offre aux gens de l'aide dans leurs activités de tous les jours grâce à un cadre de vie sécuritaire, sûr, dynamique et familial, et à la prestation de services de soutien, tels que repas, entretien ménager et activités sociales et récréatives.

Ce type de logement permet aussi aux personnes de maximiser leur autonomie, leur intimité, la prise de décisions et la participation, la dignité ainsi que les choix et les préférences. Il existe diverses formes de logement de soutien selon l'ampleur et le type des services fournis. Les formes de logement en milieu de soutien les plus bonifiées au chapitre des services, tels les logements-services, peuvent constituer une solution de rechange aux soins en établissement. Le logement en milieu de soutien peut s'avérer des plus avantageux pour les personnes âgées qui ont besoin d'aide pour vaquer à leurs activités quotidiennes, qui sont de santé fragile ou qui ont une incapacité, et pour celles qui vivent seules. Il peut aussi être profitable aux aînés qui préfèrent vivre avec leurs pairs dans un environnement où ils peuvent avoir de la compagnie et jouir de la liberté de se consacrer à des intérêts et des modes de vie différents.

Le logement en milieu de soutien peut être offert dans des bâtiments de types et de dimensions variés : petites maisons de plain-pied ou bungalows, maisons partagées par un groupe de huit à 10 personnes, immeubles comportant de nombreux logements, et cetera. Le mode d'occupation des logements en milieu de soutien peut également prendre diverses formes, telles que la location, la copropriété et le bail viager. Un éventail de choix de logement en milieu de soutien est aujourd'hui offert au Canada. Plusieurs provinces ont élaboré leurs propres définitions du logement en milieu de soutien afin de répondre à des circonstances, exigences et objectifs stratégiques précis.

Avec le vieillissement de la population canadienne, nos collectivités — villes, bourgs et villages — devront être plus conviviales pour les aînés. Elles devront donc être mieux adaptées

responsive to senior's needs in terms of enabling them to go to the places they need and want to go to and to participate in recreational, social and community activities, and access the types of support services they need.

The overall aim will be to create communities that are accessible, welcoming, enriching and supportive of seniors' overwhelming desire to remain independent for as long as possible. To this end, CMHC is examining the potential of "smart growth" strategies that can make communities across Canada more compact, with a good mix of land uses and well-connected streets, sidewalks and pathways that allow easy access to support services and amenities. CMHC is also examining ways of creating liveable communities in which there is a choice of housing and transportation, a range of civic amenities and well-kept public places for recreation and community events; and sustainable communities that meet the needs of current and future generations, while minimizing the impact on the environment.

One example is the CMHC fused grid model, which combines the best features of conventional and traditional street patterns. This is achieved through a large-scale grid of collector streets carrying moderate- to high-speed car traffic, within which are blocks of about 16 hectares — more or less 40 acres — with streets laid out in the form of crescents and cul-de-sacs, thus eliminating through traffic. A continuous open-space pedestrian path system provides direct access to parks, public transit and retail and community facilities. The fused grid also reduces the amount of land taken up by roads, thus allowing for more green space, increasing car and pedestrian safety and minimizing environmental impact. The fused grid concept could better accommodate the aging of future generations.

CMHC is actively involved in research and information transfer activities that address housing challenges for seniors as well as possible solutions. CMHC research activities have resulted in the creation of a number of useful information products. I have brought copies of the CMHC catalogue of research and publications for seniors, which I will leave for members of the committee. I would be happy to provide copies of publications that can be useful to the committee's deliberations. At CMHC, we are aware that the aging of the Canadian population will be one of the most important challenges facing Canada in the next 25 years. I am sure that the Senate committee's work on this issue will be of great benefit.

The Chair: We will turn to Ms. Sholzberg-Gray from the Canadian Healthcare Association.

aux besoins des aînés, c'est-à-dire leur permettre de se rendre où ils doivent aller et veulent aller, de participer à des activités récréatives, sociales et communautaires et d'accéder aux services de soutien dont ils ont besoin.

Le but ultime sera de créer des collectivités qui sont accessibles, accueillantes, enrichissantes et favorables au désir généralisé qu'ont les personnes âgées de demeurer autonomes le plus longtemps possible. À cette fin, la SCHL examine les possibilités qu'offrent les stratégies de « croissance intelligente » qui peuvent rendre les collectivités du Canada plus compactes, dans une optique d'utilisation diversifiée du territoire, comportant des rues, des trottoirs et des sentiers bien reliés qui permettent d'accéder facilement aux services de soutien et aux commodités. La SCHL cherche aussi des façons de créer des collectivités viables dans lesquelles on trouvera un choix de logements et de moyens de transport, un éventail de commodités et des lieux publics bien entretenus pour les loisirs et les événements communautaires, ainsi que des communautés durables qui répondent aux besoins des générations actuelles et futures tout en réduisant les incidences sur l'environnement.

À titre d'exemple, on peut citer le modèle d'îlotage de la SCHL, qui regroupe les meilleures caractéristiques des schémas de rues traditionnels et habituels. Pour y parvenir, on doit aménager un grand réseau de rues collectrices prévues pour une circulation automobile à vitesse moyenne à élevée, qui encadre des îlots d'environ 16 hectares — plus ou moins 40 acres — avec des rues disposées en forme de croissants et de cul-de-sac, pour éliminer le trafic de transit. Un réseau continu de sentiers piétonniers dans des espaces verts offre un accès direct aux parcs, aux commerces et aux installations communautaires. L'îlotage réduit aussi la superficie du territoire réservée pour les routes, ce qui permet d'aménager davantage d'espaces verts, d'accroître la sécurité pour les automobilistes et les piétons, et de réduire au minimum les incidences sur l'environnement. Le concept de l'îlotage peut s'adapter plus facilement au vieillissement des générations futures.

La SCHL exerce des activités de recherche et de diffusion de l'information qui s'attaquent aux défis que présentent les logements pour les aînés et proposent des solutions. Les activités de recherche de la SCHL se sont soldées par la création d'un certain nombre de produits d'information intéressants. J'ai apporté des exemplaires du catalogue des recherches et des publications de la SCHL qui concernent les personnes âgées, que je laisserai aux membres du comité. Je me ferai un plaisir de vous fournir des exemplaires des publications qui pourront être utiles dans le cadre de vos délibérations. À la SCHL, nous sommes conscients que le vieillissement de la population canadienne constituera l'un des plus importants défis que devra relever le Canada au cours des 25 prochaines années. Je suis convaincu que les efforts que consacrera le comité sénatorial à ce sujet seront très profitables.

La présidente : Nous allons maintenant entendre Mme Sholzberg-Gray, de l'Association canadienne des soins de santé.

Sharon Sholzberg-Gray, President and Chief Executive Officer, Canadian Healthcare Association: The Canadian Healthcare Association, CHA, wishes to thank the Special Senate Committee on Aging for this opportunity to contribute to its deliberations. We are a federation of provincial and territorial hospital and health organizations that represent a broad spectrum of health services, including acute care, home and community care, long-term care, public health, mental health, palliative care, addiction services, as well as children, youth and family services.

We are a leader in developing and advocating for health policy solutions that meet the needs of Canadians. Our national association is committed to a publicly funded health system that provides access to a continuum of comparable health services throughout Canada. CHA believes that all health-service components must be adequately funded, effectively organized and appropriately interconnected in order to function optimally, thus providing the appropriate care in the appropriate setting at the appropriate time.

As stated by earlier witnesses, we all know that today's seniors will be healthier than previous generations, will live longer, are predicted to experience a compressed period of morbidity at the end of life and will have definite ideas about what type of health services they want.

There has been considerable discussion concerning the sustainability of the health system, particularly in view of the changing population demographic. Most public discussion on sustainability has revolved around access to acute services without sufficiently exploring the need for continuing care services and the interrelatedness between all parts of the continuum of care.

I would endorse everything Mr. Hollander said on those issues.

The committee has asked us to address the issue of housing, supportive housing, assisted living and home care. However, we would like to look at the essential value of continuing care services as a group. This includes, on the housing side, supportive housing, assisted living and facility-based long-term care. On the home care side, it includes the broad range of community support services and home care that are needed. These are the book ends of the health system and often insufficiently recognized.

We have to say repeatedly that there is a link between all of these services and the effective use of acute care beds. The occupancy of acute care beds by patients who could be living in supportive-assisted living arrangements or in their own homes with adequate home and community services, or whose optimal placement is in a long-term care facility adds to the wait times

Sharon Sholzberg-Gray, présidente et chef de la direction, Association canadienne des soins de santé : L'Association canadienne des soins de santé (ACSS) remercie le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement de l'occasion qui lui est ici donnée de contribuer à ses délibérations. Nous sommes une fédération d'hôpitaux et d'organismes de santé provinciaux et territoriaux qui représente un vaste éventail de services de santé comprenant les soins de courte durée, les soins à domicile et en milieu communautaire, les soins de longue durée, la santé publique, la santé mentale, les soins palliatifs, les services de toxicomanie, de même que les services offerts aux enfants, aux jeunes et aux familles.

Nous sommes un chef de file en matière d'élaboration et de promotion de solutions politiques en santé qui répondent aux besoins des Canadiens. Notre association nationale se veut la championne d'un système de santé publique qui donne accès à un continuum de services de santé comparables, à la grandeur du Canada. L'ACSS croit que toutes les composantes des services de santé doivent être subventionnées adéquatement, organisées efficacement et interreliées comme il se doit pour fonctionner de manière optimale, assurant ainsi la prestation des soins appropriés dans l'environnement qui convient et en temps opportun.

Comme l'ont souligné des témoins précédents, nous savons tous que les aînés d'aujourd'hui vieilliront plus en santé que ceux des générations précédentes, vivront plus longtemps, devraient connaître une période de morbidité en fin de vie plus courte et auront des idées définies sur le type de services de santé qu'ils souhaitent obtenir.

On a beaucoup parlé de la viabilité du système de santé, surtout dans le contexte de l'évolution démographique de la population. La plupart des discussions publiques sur le sujet ont porté sur l'accès aux soins de courte durée sans explorer suffisamment le besoin en services de soins continus et la corrélation entre toutes les parties du continuum de soins.

J'appuierai à ce chapitre tout ce qu'a dit M. Hollander en la matière.

Le comité nous a demandé de nous pencher sur divers aspects de la question du logement, dont le logement en milieu de soutien, le logement-services et les soins à domicile. Nous aimerions toutefois examiner la valeur essentielle des services de soins continus en tant que groupe. Cela englobe, du côté du logement, le logement en milieu de soutien, le logement avec assistance et les soins à long terme en établissement. Du côté des soins à domicile, il existe une vaste gamme de services de soutien communautaires et de soins à domicile qui sont requis. Ce sont là les supports du système de soins de santé dont on ne reconnaît souvent pas suffisamment la valeur.

Il nous faut dire à répétition qu'il y a un lien entre tous ces services et l'utilisation efficace des lits de courte durée. Le problème des temps d'attente est aggravé du fait que certains lits de soins de courte durée sont occupés par des patients qui pourraient vivre dans des logements en milieu de soutien/logements-services ou dans leur propre maison s'ils

problem. The focus on wait times in the First Ministers' Health Accord 2004 was appropriate, but wait times cannot be addressed in isolation from continuing care issues.

CHA has developed a pan-Canadian document on facility-based long-term care. We did this because we thought it was a poor cousin of the health system. It includes a comprehensive examination of its role within the continuing care sector. It contains recommendations within the context of continuing care services needed by people — including home care, community support services, informal caregiving, assisted living and supportive housing. Although the document is being renewed, we will leave you with its recommendations because they stand the test of time.

We note the comprehensive presentation given from CMHC. However, in reference to housing, we would note the importance of adapting existing housing for seniors either through rehabilitation, adaptation or emergency repairs. These programs are important, but many seniors are not aware of their existence. If they did, would there be enough resources for all of them to access those programs? This is a key issue for the federal government.

With respect to supportive housing, we heard about various models of supportive housing and the types of services that exist throughout Canada. They all have different names, which is one of the conundrums of our health system. This makes the collection of data and research more complex than it needs to be. Supportive housing is one of the solutions, and CMHC will have to be part of it.

Assisted living is generally grouped with supportive housing. I would like to express a few caveats about the assisted living group of services. The reason I raise this is because I am concerned about quality and the types of things being marketed today to an unsuspecting public.

It is important to note that assisted living facilities usually provide assistance with the activities of daily living, ADLs, such as dressing, bathing and grooming. The amount of assistance often varies among facilities, and there are basic charges plus add-ons for additional assistive services.

Originally, these were quite appealing to the elderly since they offered security, congregate meals, planned activities and opportunities for interaction. This was a good thing. This is a population group that is less frail than those usually found in a typical long-term care facility.

recevaient des services à domicile et des services communautaires adéquats, et par des patients qui devraient plutôt être placés dans des établissements de soins de longue durée. L'importance accordée aux temps d'attente dans l'Accord sur la santé de 2004 des premiers ministres était tout indiquée, mais le problème des temps d'attente ne peut être résolu isolément des problèmes liés à la prestation des soins continus.

L'ACSS a élaboré un document pancanadien sur les soins de longue durée en établissement. Nous avons entrepris ce travail car nous estimions que ces soins étaient le parent pauvre du système de soins de santé. Nous y faisons un examen exhaustif du rôle des soins de longue durée en établissement à l'intérieur du secteur des soins continus. Nous y livrons également des recommandations dans le contexte des services de soins continus dont les gens ont besoin — soins à domicile, services de soutien communautaires, soins informels, logement en milieu de soutien et logement avec services. Bien que le document soit en train d'être mis à jour, nous vous en livrons les recommandations, car ceux-ci résisteront à l'épreuve du temps.

Nous avons pris bonne note de l'exposé exhaustif de la SCHL. Cependant, en ce qui concerne le logement, nous soulignerions l'importance de l'adaptation des logements existants pour les aînés, par le biais de travaux de remise en état, d'adaptation ou de réparation d'urgence. Ces programmes sont importants, mais la plupart des aînés en ignorent l'existence. S'ils étaient au courant de ces programmes, y aurait-il suffisamment de ressources pour qu'ils puissent tous y accéder? C'est là une question clé pour le gouvernement fédéral.

Pour ce qui est des logements en milieu de soutien, nous avons entendu parler de différents modèles de logements supervisés et des types de services qui existent à l'échelle du pays. Tous ces programmes ont des noms différents, d'où l'une des difficultés de notre système de soins de santé. Il en résulte que la collecte de données et la recherche sont plus compliquées qu'elles ne devraient l'être. Le logement en milieu de soutien est l'une des solutions, et il faudra que la SCHL y joue son rôle.

Le logement-services est en général inscrit sous la rubrique du logement en milieu de soutien. J'aimerais émettre ici quelques mises en garde relativement à cette catégorie de services d'aide à la vie autonome. La raison en est que je suis préoccupée quant à la qualité et aux genres de choses dont on fait à l'heure actuelle la promotion auprès d'un public non méfiant.

Il est important de souligner que les logements-services offrent généralement de l'assistance pour les activités de la vie quotidienne, ou AVQ, comme l'habillement, le bain et la toilette. L'importance de l'aide varie selon les établissements, et, généralement, on facture des frais de base auxquels peuvent venir s'ajouter des services additionnels moyennant le paiement de frais supplémentaires.

À l'origine, ces établissements attiraient les aînés car ils offraient sécurité, repas en commun, activités planifiées et diverses occasions d'interagir avec d'autres. C'était une bonne chose. Il s'agit d'un groupe de personnes qui sont moins frêles que les résidents typiques des établissements de soins de longue durée.

The major drawbacks to most assisted living facilities is the hefty price tag — as they are usually marketed as luxury accommodations — the shortage of skilled care and the lack of clarity as to what constitutes assisted living. They are being aggressively marketed with promises of luxurious settings, dedicated staff and being able to meet all of the residents' needs for safety and care. Some operators of these facilities have been looking for a frailer group of elderly residents to market their services, in some cases palliative care clients. The costs associated with these facilities are very high. Therefore, only people who are wealthy can benefit from them.

We have to be vigilant to ensure that assisted living facilities do not become entrenched as unregulated long-term care facilities with à la carte care. They are not a substitute for facility-based long-term care and should not detract from our need to establish a healthy facility-based long-term care sector whether it is called residential care, continuing care or long-term care centres. All of these centres should be based on appropriate principles of accessibility, affordability, quality and comparability across Canada.

I am afraid that this sector of services may be offering to provide more than they can actually deliver and to deliver services to a frailer group of people than should be in them. This is something we ought to note with a forewarning and caveats.

We know in some cases long-term care facilities are providing end-of-life care as well. The Canadian Hospice Palliative Care Association told this committee that a long-term care facility is not a hospice and should not be confused with one.

There is a patchwork quilt of long-term care across this country with a variety of different charges applied for services and supplies depending on the province.

It is not until the later years of life that most Canadians discover these types of health services, which they believe are available to them because we have a medicare system, are not provided in an all-encompassing publicly funded system. The definition of medicare in our country is, and continues to be, physician and hospital services. I am not saying this is a bad thing, but only noting that fact and the fact that the public often is not aware of it.

When did we have a debate in this country and decide that heart disease and cancer were illnesses for which there should be insured services but dementia or Parkinson's disease are to be treated differently? We have not had an open debate on that. The person diagnosed with advanced dementia is likely to be admitted to a long-term care facility eventually, where the care may be partially publicly funded, and there may be a room and board payment. However, that is not the case if the person is in an assisted living facility with 100 per cent user pay and where

Les inconvénients majeurs de la plupart des logements-services sont le prix très élevé — on les vante habituellement comme étant des logements luxueux —, la pénurie de professionnels de la santé et le manque de clarté sur la définition des services d'aide à la vie autonome. Ces logements font l'objet d'un marketing agressif avec des promesses de logements luxueux, de personnel dévoué et de satisfaction de tous les besoins des résidents en matière de sécurité et de soins. Certains exploitants de logements-services cherchent à courtiser des résidents âgés à la santé fragile, et, dans certains cas, des patients en soins palliatifs. Les coûts de ce type d'hébergement sont très élevés. Ainsi, seules les personnes fortunées peuvent en bénéficier.

Il nous faut être vigilants pour veiller à ce que les logements-services ne deviennent pas des établissements de soins de longue durée non réglementés offrant des services à la carte. Ils ne sont pas un substitut aux établissements de soins de longue durée et ne devraient pas minimiser l'importance de créer un secteur de soins de longue durée en établissement performant, que l'on appelle cela des soins en établissement, des soins continus ou des centres de soins à long terme. Tous ces centres devraient être fondés sur les principes d'accessibilité, d'abordabilité, de qualité et de comparabilité des soins à la grandeur du Canada.

Ma crainte est que ce secteur de services se propose peut-être d'offrir plus qu'il ne peut en réalité livrer et vise un groupe de personnes plus frêles, qui ne devraient pas s'y trouver. Il s'agit là d'un constat qui devrait servir d'avertissement et de mise en garde.

Nous savons que dans certains cas des établissements de longue durée offrent également des soins de fin de vie. L'Association canadienne des soins palliatifs a dit au comité qu'un établissement de soins de longue durée n'est pas un hospice et qu'il importe de ne pas confondre les deux choses.

Il existe dans ce pays tout un ensemble disparate de services de longue durée et une diversité de frais exigés pour des services et des fournitures, selon la province.

Ce n'est qu'à un âge avancé que la plupart des Canadiens découvrent que ces types de services de santé, auxquels ils croyaient avoir accès du fait de notre régime d'assurance-maladie, ne sont pas offerts globalement dans le système public. Selon la définition de l'assurance-maladie dans notre pays, cela continue de se résumer aux services médicaux et hospitaliers. Je ne dis pas que c'est là une mauvaise chose, mais je tiens à souligner ce fait, qu'ignore souvent le public.

Quand avons-nous tenu un débat dans ce pays et décidé que la maladie cardiaque et le cancer étaient des maladies pour lesquelles il y aurait des services assurés, mais que la démence ou les maladies débilitantes comme la maladie de Parkinson seraient traitées différemment? Nous n'avons pas eu de débat ouvert là-dessus. La personne déclarée atteinte de démence avancée finira probablement par être admise dans un établissement de soins de longue durée, mais les soins n'y seront peut-être que partiellement couverts par le régime public et le patient devra peut-être couvrir

the resident pays additional out-of-pocket fees, user charges or co-payments.

I will move on to home care as home care is part of the solution. We heard from Mr. Hollander about how important home care and community support services are in reducing the demand on other parts of the health continuum and reducing costs generally within the health system.

Home care services encompass an array of health services delivered to clients in their place of residence including assessment and case management, professional health services, personal care, homemaking and other services. Home care provides many benefits — individuals often function better, remain more independent, experience a sense of normalcy and enjoy social integration within a home environment.

The amount of home care provided as long-term care substitution and as maintenance or prevention programs has major implications for the facility-based long-term care sector. Adequate home care services can significantly reduce the requirement for space in long-term care facilities. Researchers have shown that these particular aspects of home care are in jeopardy because acute care substitution services have increased and have absorbed larger portions of home care budgets. Because home care dollars are being reallocated to post acute care, the frail, elderly and chronically disabled may not receive the sustained, ongoing home care they need, or they may have to wait too long to be allocated the services they need due to this shift in the use of home care. The deterioration in a patient's health status, which can occur without adequate home care services, may result in admissions to hospitals or earlier admissions to long-term care facilities which could have been prevented or delayed with sufficient home care support.

In many provinces, community support services are included as part of the home care program while in others as a separate array of health and social services and programs within communities. They can be provided in a variety of settings by a combination of public, not-for-profit and proprietary organizations. Support services can include respite programs, adult daycare, homemaker support programs, personal care services, Meals on Wheels, Wheels-to-Meals and others — a tremendous array of services. All these programs — community programs and home care programs — together may prevent or delay admission to a long-term care facility, focus on aging in place and reduce

des frais de Chambre et de pension. Or, ce ne sera pas le cas si la personne est admise dans un établissement de logement-services où 100 p. 100 des frais sont facturés à l'utilisateur et où le résident paie également des montants additionnels relatifs aux menues dépenses, au ticket modérateur ou à la quote-part.

Je vais maintenant traiter des soins à domicile, car ceux-ci font partie du problème. M. Hollander nous a parlé de l'importance des soins à domicile et des services de soutien communautaires en vue de la réduction de la demande dans les autres volets du continuum de soins de santé et de la réduction des coûts d'ensemble du système de soins de santé.

Les services de soins à domicile englobent une vaste gamme de services de santé qui sont livrés aux clients dans leur lieu de résidence, dont l'évaluation et la gestion de cas, des services de santé professionnels, des soins personnels, l'aide aux tâches ménagères et d'autres services encore. Les soins à domicile offrent de nombreux avantages — les personnes fonctionnent souvent mieux, demeurent plus indépendantes, se sentent normales et apprécient l'intégration sociale que leur procure leur milieu de vie.

L'étendue des soins à domicile offerts en remplacement de soins de longue durée et à titre de maintien/prévention a des incidences majeures sur le secteur des soins de santé de longue durée en établissement. En effet, la prestation adéquate de services de santé à domicile peut réduire considérablement le besoin d'espace en établissement de soins de longue durée. Des chercheurs ont montré que ces aspects particuliers des soins à domicile sont actuellement menacés car les services de substitution des soins de courte durée ont augmenté et ont absorbé la plus grande part des budgets des soins à domicile. Comme les dollars des soins à domicile sont réaffectés aux soins en phase post-aiguë, les personnes âgées fragiles et les personnes atteintes de maladie chronique ne reçoivent pas toujours les soins à domicile soutenus et continus dont elles ont besoin ou attendent parfois trop longtemps avant de recevoir de tels soins du fait de cette évolution des usages faits des soins à domicile. Or, en l'absence de services de santé à domicile adéquats, l'état de santé de la personne risque de se détériorer, ce qui peut provoquer des hospitalisations ou des admissions hâtives en établissement de soins de longue durée, admissions qui auraient pu être prévenues ou retardées avec un soutien à domicile suffisant.

Dans de nombreuses provinces, les services de soutien communautaires sont inclus comme faisant partie du programme de soins à domicile, tandis que dans d'autres, il s'agit d'une gamme distincte de services et de programmes sociaux et de santé disponibles au sein des collectivités. Ils peuvent être offerts dans toute une gamme de cadres par une combinaison d'organisations publiques, sans but lucratif et privées. Il peut s'agir de programmes de services de répit, de programmes de jour pour adultes, de programmes d'aide aux tâches ménagères, de services de soins personnels, de services de popote roulante, de services de transport à des services de repas et autres — il existe un

demand on the acute care system. However we design a system, we have to have this broad array of programs.

I would like to address an important issue for policy-makers, the issue of co-payments. We never talk about this part of the health system, and we have to talk about it. CHA and its members are strong defenders of Canada's publicly-funded health system. CHA's position concerning the appropriate public-private mix in the funding and delivery of health care is linked to the principle of access to health services based on health need, not ability to pay. This is a core Canadian value, and it cannot be jeopardized. CHA is also on record as supporting an evidence-based approach as to when, where and how private financing and delivery can occur.

CHA has always urged that the Canada Health Act medically necessary services must continue to be publicly funded, along with acute care replacement home care services. This is the single tier we always talk about. It is efficient and effective. It is our single-payer system. However, we have also recognized that there is room for co-payments for some services — home support services for some clients, reasonable accommodation payments for facility-based long-term care and co-payments for pharmaceuticals, i.e., a catastrophic pharmacare program — provided this does not reduce access.

There needs to be a social analysis and a fair process for establishing co-payment levels. This opinion was recently expressed by the Honourable Monique Bégin in a presentation at S.O.S. Medicare 2 conference in Regina. We must look at this carefully.

We all know about the public expectations of the baby-boomer generation. They will demand services that meet their needs, and that is the array of services I have been talking about in this presentation. As long-contributing taxpayers, they might not appreciate having to pay again for these services. However, they might be looking to these co-payment models provided that needs can be met, there is quality and access and that no one will be deprived of access to the services they need.

Policy-makers and planners must prepare now for flexible and appropriate continuing care services for future generations of seniors. While people age in a healthier way and health spending will not increase as rapidly as the increase in the number of seniors — because, remember, the aging population is not

énorme éventail de services. Tous ces programmes — programmes communautaires et programmes de soins à domicile — peuvent, ensemble, prévenir ou retarder le renvoi dans un établissement de longue durée, valoriser le vieillissement chez soi et réduire la demande de soins actifs. Quel que soit le système élaboré, il nous faut y inclure ce vaste éventail de programmes.

J'aimerais maintenant aborder une question qui est importante pour les décideurs, celle du ticket modérateur. Nous ne parlons jamais de cet élément du système de soins de santé, mais il nous le faut. L'ACSS et ses membres sont d'ardents défenseurs du système de santé publique du Canada. La position de l'ACSS concernant la combinaison publique/privée adéquate dans le financement et la prestation de soins de santé est liée au principe de l'accès aux services de santé fondé sur les besoins en santé et non sur la capacité de payer. C'est une valeur canadienne fondamentale qui ne peut pas être mise en péril. L'ACSS a toujours soutenu une approche fondée sur des preuves en ce qui concerne le moment, le lieu et la façon de financer ou d'offrir des soins privés.

L'ACSS a aussi toujours insisté pour que les services médicalement nécessaires en vertu de la Loi canadienne sur la santé continuent d'être financés par les fonds publics, de même que les services de soins à domicile en remplacement de soins de courte durée. Il s'agit là du palier unique dont nous parlons toujours. Il est efficient et efficace. C'est notre régime de payeur unique. Il nous faut cependant reconnaître qu'il y a place pour le paiement d'un ticket modérateur pour certains services — le service d'aide à domicile pour certains clients, le paiement d'un loyer raisonnable dans les établissements de longue durée et une partie des coûts des médicaments, et je songe ici au programme d'assurance-médicaments onéreux —, à condition que cela ne nuise pas à l'accès.

Il importe qu'il y ait une analyse sociale et un processus équitable en vue de l'établissement des niveaux de ticket modérateur. C'est le point de vue qu'exprimait l'honorable Monique Bégin lors d'une allocution récente à la conférence S.O.S. Medicare 2, à Regina. Il nous faut examiner cela attentivement.

Nous sommes tous au courant des attentes de la génération du baby-boom. Ces personnes vont exiger des services qui répondent à leurs besoins, et il s'agit là de la gamme de services dont je vous entretiens depuis le début de mon exposé. En tant que contribuables de longue date, ces personnes n'apprécieront peut-être pas le fait de devoir payer ces services une nouvelle fois. Cependant, elles appuieront peut-être ces modèles de ticket modérateur à condition que leurs besoins puissent être satisfaits, ou qu'on leur assure qualité et accès et que personne ne se voie privé de l'accès aux services dont il a besoin.

Les décideurs et les planificateurs de politiques doivent dès aujourd'hui prévoir des services de soins continus flexibles et appropriés pour les futures générations d'ainés. Certes, même si les gens vieilliront plus en santé et les dépenses en santé ne devraient pas augmenter aussi rapidement que le nombre des

bringing our costs out of control — an increase in the proportion of seniors in Canada means that we need to plan.

Preferred options will include respite, day and night programs, community programs, supportive living and facility-based care and an appropriate array of home care services. This is also the generation that does not want to wait for acute care services. Do not forget about those. Anything to reduce the need for those services will be worth investing in.

We also need to remember that gradually the pressure exerted by baby boomers will reverse, and health planners must consider eventual attrition and not overbuild or create static systems.

There are challenges. First, we need flexible options to meet needs. Today's families and income earners are mobile. Family ties are often maintained over long distances. The traditional family structure has changed. The amount of support that adult children can reasonably provide to elderly kin is often dependent on the proximity to their parents and their availability due to work obligations. We need to ensure flexible options and appropriate services for seniors and their families.

Second, we need to recognize the variation in terminology and services provided across the country. We need to focus on research and appropriate data collection and understand the services that exist. This is an area in which a lot of misunderstanding occurs.

Third, we need to look at the co-payment picture in the continuing care side and do something to resolve it. We cannot have people losing their homes in some parts of the country in order to pay for long-term care services or home care programs. There has to be a reasonable level and the appropriate social analysis and tests.

Fourth, drug costs are part of this patchwork and need to be resolved as well. In some provinces drugs are in with a home care program and in other provinces they are not; the same applies to incontinence supplies.

Fifth, we have to find reciprocity in the provision of services or portability of services. Portability is a Canada Health Act service. It has nothing to do with the long-term care side. If people want to move to be close to their families, they cannot, because as a senior, one cannot wait a year to access the services.

âinés — car, ne l'oubliez pas, la population vieillissante n'est pas en train de faire s'emballer nos coûts —, l'augmentation de la proportion des âinés au Canada signifie qu'il nous faut planifier.

Compteront parmi les options préférées les programmes de répit, de jour et de nuit, les programmes communautaires, les logements en milieu de soutien, les logements-services et une gamme appropriée de services de soins à domicile. Il ne faut pas oublier qu'il s'agit d'une génération qui ne souhaite pas attendre pour obtenir des services de soins de courte durée. Il ne faut pas oublier ce volet-là. Tout ce qui pourra réduire le besoin de tels services mérite qu'on y investisse.

Il ne nous faut pas non plus oublier que la pression exercée par les gens du baby-boom se renversera graduellement, et les planificateurs en matière de santé doivent garder en tête l'attrition qui viendra un jour et ne pas créer des systèmes statiques ou surdimensionnés.

Il se pose des défis. Premièrement, il nous faut des options flexibles pour répondre aux besoins. Les familles et les travailleurs d'aujourd'hui ont tendance à être plus mobiles. Les liens familiaux sont souvent maintenus malgré l'éloignement. La structure familiale traditionnelle a changé. Le soutien que les enfants adultes peuvent raisonnablement apporter à leurs parents âgés dépend souvent de la proximité de leurs parents et de leur disponibilité du fait d'obligations professionnelles. Il nous faut donc nous assurer d'offrir des options flexibles et des services appropriés pour les âinés et leurs familles.

Deuxièmement, il nous faut reconnaître que la terminologie et les services offerts dans le pays varient beaucoup d'une région à l'autre. Il nous faut nous concentrer sur la recherche et la cueillette des données appropriées et comprendre les services qui existent. C'est un aspect qui fait l'objet de beaucoup de malentendus.

Troisièmement, il nous faut nous pencher sur l'aspect quote-part et ticket modérateur en matière de soins continus et faire quelque chose pour régler le problème. Nous ne pouvons pas tolérer que dans certaines parties du pays les gens perdent leur maison pour pouvoir payer des services de soins de longue durée ou des programmes de soins à domicile. Il importe de fixer un niveau raisonnable et de recourir à des analyses et à des critères sociaux appropriés.

Quatrièmement, les coûts des médicaments font partie de cet ensemble disparate, et il importe là encore de régler ce problème. Dans certaines provinces, les médicaments sont couverts dans les programmes de soins à domicile, alors que dans d'autres ils ne le sont pas; il en est de même avec les fournitures pour incontinence.

Cinquièmement, il nous faut assurer la réciprocité dans la prestation des services ou la portabilité des services. La portabilité est un principe de la Loi canadienne sur la santé. Cela n'a rien de tout à voir avec le volet soins de longue durée. Si une personne souhaite déménager pour se rapprocher de sa famille, la chose n'est pas possible, car la personne âgée ne peut pas attendre un an pour accéder aux services dont elle a besoin.

In closing, there are a number of areas that the federal government can focus on: appropriate co-payment analysis of the continuing care sector; maybe trying to straighten out the patchwork quilt so there will not be these tremendous variations across the country, without, of course, micromanaging of the systems that provinces deliver; and perhaps an acknowledgement that acute care is not everything, that we cannot address the problems of our acute care system without addressing continuing care as a group of services.

The Chair: Thank you very much.

Now we will hear from The Royal Canadian Legion. I understand, Mr. Allard and Mr. MacDonald, that you are sharing this presentation. You may decide how you will deliver it.

Pierre Allard, Director, Service Bureau, The Royal Canadian Legion: Senator Carstairs, honourable senators, on behalf of our national president, Jack Frost, I would like to commend the work that your committee does on behalf of seniors. A number of advocates and academic studies have identified a need for supportive housing for seniors. For example, Mr. Rodriguez has suggested that the need for supportive housing should increase throughout the 21st century, and the statistics that he quoted support this.

What is supportive housing? In succinct terms, we can state that it is the type of housing that allows people to maximize their independence, privacy, decision making, dignity and personal choices. It may be a surprise to many that The Royal Canadian Legion is involved in supportive housing. Actually, with approximately 150 facilities, over 7,500 units, the legion is one of the most successful providers of safe, affordable housing for veterans and seniors across Canada. Let me read from the quotation that is in your transcript:

The Royal Canadian Legion's intense focus on local housing needs may make the accumulated national impact of its efforts less visible than the high-profile activity of for-profit developers.

For more than 50 years, legion branches across the country have been the driving force in planning, building and operating veterans and seniors' housing in those communities where it is needed the most. This came about as a natural extension of our community work.

More recently, in 1995, we compiled a national housing directory. Four years later, we entered into an agreement with Veterans Affairs Canada, VAC, to partner in serving the needs of veterans and seniors. For the legion, veterans are our priority, but we have found that if we can extend benefits to veterans, it will also benefit seniors. A good example of this is pension income splitting for seniors, an excellent initiative.

En conclusion, il y a plusieurs volets sur lesquels pourrait se concentrer le gouvernement fédéral : une analyse appropriée de la participation financière aux frais dans le secteur des soins continus; la réorganisation du patchwork de services afin qu'il y ait moins de disparités régionales sans, bien sûr, microgérer les systèmes assurés par les provinces; et, peut-être, la reconnaissance du fait que les soins actifs ne sont pas la panacée, que l'on ne peut pas régler les problèmes du système de soins de courte durée sans envisager les soins continus comme constituant un groupe de services.

La présidente : Merci beaucoup.

Nous allons maintenant passer à La Légion royale canadienne. Si je comprends bien, monsieur Allard et monsieur MacDonald, vous allez vous partager l'exposé. C'est à vous de décider de la façon dont vous voulez procéder.

Pierre Allard, directeur, Bureau d'entraide, La Légion royale canadienne : Sénateur Carstairs, honorables sénateurs, je tiens, au nom de notre président national, Jack Frost, à féliciter le comité pour le travail qu'il fait pour le compte des aînés. Plusieurs intervenants et études universitaires ont identifié un besoin de logements-services pour les aînés. Par exemple, M. Rodriguez a suggéré que le besoin en matière de logements en milieu de soutien devrait augmenter au cours du XXI^e siècle, et les statistiques qu'il a citées viennent appuyer cette prédiction.

Qu'est-ce que le logement-services? En termes concis, nous pouvons déclarer que c'est le type de logement qui permet aux gens de maximiser leur autonomie, leur vie privée, leur processus décisionnel, leur dignité et leurs choix personnels. Ce sera peut-être une surprise pour plusieurs de savoir que La Légion royale canadienne est engagée dans le logement-services. En effet, avec environ 150 établissements et plus de 7 500 unités, la Légion est l'un des meilleurs organismes dispensateurs de logements abordables et sûrs pour les anciens combattants et les aînés dans tout le Canada. Permettez que je vous lise une citation qui figure dans le texte que vous avez :

La concentration intense de la Légion royale canadienne sur les besoins de logement locaux peut rendre l'impact national accumulé de ses efforts moins visible que l'activité très en vue des promoteurs de projets pour profit.

Pendant plus de 50 ans, les filiales de la Légion partout au pays ont été la force motrice dans la planification, la construction et l'administration de logements pour anciens combattants et aînés dans les collectivités où les besoins se font le plus sentir. Cet intérêt s'est développé comme une extension naturelle de notre travail communautaire.

Plus récemment, en 1995, nous avons compilé un répertoire national de logements. Quatre années plus tard, nous avons conclu un accord avec Anciens combattants Canada (ACC) pour former un partenariat en vue de répondre aux besoins des anciens combattants et des aînés. À la Légion, les anciens combattants sont notre priorité, mais nous avons découvert que ce qui peut avantager nos anciens combattants peut souvent bénéficier aux aînés. Un bon exemple est le fractionnement du revenu de pension pour les aînés, une excellente initiative.

As a result of a partnership agreement with VAC, we were able, in April 2000, to staff the Legion Housing Centre for Excellence. Our legion consultant, Mr. David MacDonald, who is here with me, is a VAC employee. He is on secondment to the legion. We coordinate this activity through our Veterans Services and Seniors Committee, which is chaired by the Legion Dominion President, Mr. Jack Frost.

Since 2000, the legion consultant has worked with provincial commands and legion branches to assist with housing development and other real property-related issues. The housing centre also updates our legion national housing directory. I will turn it over to Mr. MacDonald.

David MacDonald, Consultant, Legion Housing Centre for Excellence, The Royal Canadian Legion: In addition to what Mr. Allard has mentioned already, we provide hands-on consulting services directly to provincial commands and to legion branches at no cost.

These services include, but are not limited to, dealing with environmental and rezoning issues; preparing CMHC Proposal Development Funding and Seed Funding applications; preparing applications to municipal, provincial and federal governments to take advantage of programs they might offer; assisting in negotiations with lawyers, developers, planners, consultants, appraisers and anyone involved in the business of construction; helping and initiating project planning and working along with the groups to facilitate that planning at all stages of the development; and dealing with other issues involving real property, including best use studies, lease negotiations, acquisition of land, assistance in obtaining financing for projects, and so on.

The centre was involved in the planning and construction of two major housing initiatives, both of which opened for business in 2007. On October 1, 2001, the legion initiated a 24-month study on housing issues for veterans and seniors. This initiative was funded through a Heritage Canada Voluntary Sector Initiative, VSI, grant. This study concluded that the biggest challenge facing Canadians over the age of 75 is bridging the gap between independent residential living and moving to a care facility. We found that many of our veterans and seniors are not ready for chronic long-term care facilities and that many of them can remain in their current homes with the appropriate supports in place.

The legion VSI-sponsored study made recommendations, most of which are still germane today, including a recommendation for a senior's independence program that would allow seniors in need to remain in their homes for as long as possible to avoid institutionalization. This approach, which would be modelled on the very success Veterans Independence Program, promoted by

Suite à cet accord de partenariat avec ACC, nous avons été en mesure, en avril 2000, de doter le Centre d'excellence de logement de la Légion de personnel. Le consultant de la Légion, M. David MacDonald, qui est ici avec moi, est un employé d'ACC. Il est en détachement auprès de la Légion. Nous coordonnons cette activité par l'entremise de notre Comité des anciens combattants, service et aînés, lequel est présidé par le président national de la Légion, M. Jack Frost.

Depuis l'an 2000, le consultant de la Légion a travaillé avec les directions provinciales et filiales de la Légion pour aider dans le développement de logements et pour d'autres questions se rapportant aux biens immobiliers. Le centre de logement assure également la tenue à jour de notre répertoire national de logements de la Légion. Je vais maintenant céder la parole à M. MacDonald.

David MacDonald, consultant, Centre d'excellence de logement de la Légion, La Légion royale canadienne : En plus de ce qu'a déjà mentionné M. Allard, nous fournissons gratuitement des services de consultation pratiques directement aux directions provinciales et filiales de la Légion.

Ces services, comprennent, entre autres, le traitement de questions concernant l'environnement et les changements de zonage; la préparation de demandes de financement pour le développement de projets et de financement de démarrage à l'intention de la SCHL; la préparation de demandes à l'intention de gouvernements municipaux, provinciaux et fédéraux en vue de bénéficier des programmes offerts par ceux-ci; la négociation avec avocats, promoteurs, planificateurs, consultants, évaluateurs et tous les autres intervenants dans le domaine de la construction; des initiatives de planification de projets et leur encadrement, et le travail avec des groupes pour faciliter la planification à tous les stades; et l'examen d'autres questions intéressant l'immobilier, y compris études sur le meilleur usage, négociations de baux, acquisition de terrains, aide dans l'obtention de financement pour des projets, et cetera.

Le centre est intervenu dans la planification et la construction de deux grandes initiatives de logement, les deux complexes ayant ouvert leurs portes en 2007. Le 1^{er} octobre 2001, la Légion a lancé une étude de 24 mois sur la situation des anciens combattants et des aînés en matière de logement. Cette initiative a été financée en vertu d'une subvention pour Initiative sur le secteur bénévole et communautaire d'Heritage Canada. Cette étude a conclu que le plus grand défi auquel sont confrontés les Canadiens âgés de plus de 75 ans est le passage entre une vie autonome dans son domicile et son installation dans un établissement de soins. Nous avons constaté que nombre d'anciens combattants et aînés ne sont pas prêts pour un établissement de soins de longue durée et que beaucoup d'entre eux pourraient demeurer chez eux s'ils bénéficiaient d'un soutien approprié.

L'étude de la Légion parrainée en vertu du programme ISBC a offert certaines recommandations, dont la plupart sont encore pertinentes aujourd'hui, notamment l'instauration d'un programme d'indépendance pour les aînés qui permettrait aux personnes âgées dans le besoin de demeurer chez elles aussi longtemps possible pour éviter le placement en établissement.

VAC, would allow seniors to age in place and delay the more costly transition to long-term care facilities. We also made recommendations related to CMHC programs; I will talk about those later on in my address here.

Another successful project undertaken by the Legion Housing Centre for Excellence was the production of a handbook on real property development. This generic housing handbook, which can be used by any developer, legion or non-governmental organization, was made possible through a financial contribution by VAC. We make this handbook available for free to any agency involved in affordable housing. We have left copies in both English and French with the clerk for members of the committee.

What are the future challenges facing people who are involved in providing safe, affordable housing for seniors and veterans? Based on our unique experience in dealing with federal, provincial and municipal authorities across the country, we feel that CMHC can play a larger role in addressing these future housing issues and challenges.

The CMHC Seed Funding and Proposal Development Funding programs are excellent programs for non-profit housing organizations. We have been very successful as a legion when we applied for these two programs. We have not yet had an application turned down that has been prepared through our office, and we are grateful for that. Not only are the financial resources helpful, but the information required to complete the program applications is a sound step in the due diligence process.

It is virtually impossible, however, for our non-profit projects to qualify for CMHC mortgage insurance, especially if they are designated affordable or they offer an assisted living component. We have been involved in projects and are aware of other projects where the equity positions have been excellent, but they have not been approved by CMHC insurance because CMHC is concerned about their resale value and marketability should they have to repossess the units. These facilities are viewed as specialty units; that is, like buildings that are unique and built for specific purposes, such as fast food outlets that are designed to be recognized by the shape of the building. CMHC feels that their security is not as great in these specialized instances as if they were ensuring for-market units.

With CMHC mortgage insurance, money is available from any lenders. However, without this insurance, most chartered banks will not consider financing these projects at all. Because of the need for non-profit ventures to be efficient and cost-effective, the ones that are built are usually very successful. They have lower than average fill-up times, and very reliable waiting lists. Banks

Cette approche, modelée sur le Programme pour l'autonomie des anciens combattants, dont fait la promotion ACC, permettrait aux aînés de vieillir en place et de retarder la transition plus coûteuse en établissement de soins de longue durée. Nous avons également formulé des recommandations au sujet des programmes de la SCHL et dont je vous entretiendrai un petit peu plus tard.

Un autre projet fort réussi lancé par le Centre d'excellence de logement de la Légion, a été la production d'un guide sur la mise en valeur mobilière. Ce guide générique, pouvant être utilisé par tout promoteur, service de la Légion ou organisation non gouvernementale, a été rendu possible grâce à une contribution financière consentie par ACC. Nous distribuons ce guide gratuitement à toute agence qui s'occupe de logements abordables. Nous en avons remis des copies, en anglais et en français, au greffier, à l'intention des membres du comité.

Quels sont les défis futurs auxquels les gens seront confrontés en vue d'offrir des logements sûrs et abordables aux aînés et aux anciens combattants? Nous appuyant sur notre expérience unique de relations avec les autorités fédérales, provinciales et municipales de partout au pays, nous croyons que la SCHL pourrait jouer un plus grand rôle face à ces préoccupations et défis futurs en matière de logement.

Les programmes de financement de démarrage et de financement d'élaboration de projets de la SCHL sont d'excellents programmes pour les organisations de logements à but non lucratif. La Légion a obtenu de très bons résultats lorsqu'elle a fait des demandes au titre de ces deux programmes. Nous n'avons jamais encore vu refuser une demande préparée par notre bureau, et nous en sommes reconnaissants. Non seulement les ressources financières sont utiles, mais les renseignements requis pour remplir les demandes au titre de ces programmes sont une étape solide dans le processus de diligence raisonnable.

Il est cependant presque impossible pour nos projets sans but lucratif d'être admissibles à l'assurance hypothèque de la SCHL, surtout lorsqu'ils ont été conçus pour être abordables ou présentent une composante logement-services. Nous avons participé à des projets et sommes au courant d'autres projets pour lesquels la participation financière était excellente, mais qui n'ont pas été approuvés pour l'assurance hypothèque de la SCHL du fait que la Société s'inquiète de leur valeur de revente et de leur commercialité en cas de reprise des unités. Celles-ci sont considérées comme étant spécialisées, à la manière d'immeubles qui sont uniques et qui servent des fins précises, comme par exemple les commerces de restauration rapide dont la forme architecturale est leur image de marque. La SCHL estime que le risque est plus grand pour ces unités spécialisées que pour les unités conçues pour le marché général.

Avec une assurance hypothèque de la SCHL, vous pouvez emprunter de l'argent n'importe où. Cependant, sans cette assurance, la plupart des banques à charte n'envisageront même pas de financer ces projets. Étant donné la nécessité que les projets sans but lucratif soient efficaces et rentables, ceux qui finissent par être construits réussissent en règle générale très bien. Ils

are usually very willing to refinance these units once they have been constructed; they are just not available to offer the construction funding to get these units on the market.

We feel, and our experience has shown in the six or seven years that our centre has been in operation, that the CMHC mortgage insurance program does not really function like an insurance program, because CMHC is not prepared to accept any reasonable risk. For example, for car insurance, if assessed risk is deemed to be higher than the norm, insurance will still be available only with a higher premium. With CHMC mortgage insurance, if there is any risk at all the insurance is not available. Since risk is an inherent reality in the insurance business, our feeling is that CMHC is not in the insurance business. We have difficulty in accessing that program, as do many non-profit ventures.

Making CMHC mortgage insurance more accessible for non-profit ventures would be a tremendous step forward. This change alone would promote additional housing starts in this important market that could address the needs of an aging population, both veterans and seniors.

In addition, we talked about a couple of CMHC programs that are successful and that are very accessible to non-profit ventures. However, some of the CMHC programs which are, in theory, national programs are not always available on a national basis — at least not in the same context or to the same degree. For example, although the federal-provincial housing program is a national program, it is administered differently across the country. In British Columbia, it is administered through BC Housing; while in Ontario, where the responsibility for housing resides with the municipalities, it is administered jointly by the province and the 47 regional municipality centres. In Ontario, for example, it is possible for municipalities to opt out of the program. Also, each responsibility centre can establish its own eligibility criteria. This means that even though the federal-provincial housing assistance program is deemed a national program, it is essentially not available in most parts of Ontario, for instance, where the municipalities have opted out of that program.

Our recommendation would be for CMHC to provide guidelines for a national implementation strategy to ensure that all regions of the country have equitable access to national CMHC programs, such as the federal assistance housing program.

Mr. Hollander spoke about the need for national information collection and national initiatives. When national programs are developed, there should be a national implementation strategy to

afficher des intervalles entre occupants inférieurs à la moyenne et comptent des listes d'attente solides. Les banques sont en règle générale très désireuses de refinancer ces unités une fois qu'elles ont été construites; elles ne sont tout simplement pas partantes pour offrir le financement de la construction de ces unités pour le marché.

Nous pensons, et c'est ce que montre notre expérience des six ou sept dernières années depuis que notre centre est ouvert, que le programme d'assurance hypothèque de la SCHL ne fonctionne pas vraiment à la manière des autres programmes d'assurance, la société n'étant pas prête à accepter tout risque raisonnable. Par exemple, dans le cas de l'assurance automobile, si le risque évalué est considéré comme supérieur à la norme, alors l'assurance sera consentie, mais la prime sera plus élevée. Dans le cas de l'assurance hypothèque de la SCHL, s'il existe le moindre risque, l'assurance n'est pas disponible. Étant donné que le risque est une réalité inhérente du marché des assurances, notre sentiment est que la SCHL ne fait pas partie du monde des assurances. Nous avons de la difficulté à accéder à son programme, comme c'est le cas de nombreuses initiatives sans but lucratif.

Si l'assurance de la SCHL était plus accessible pour des organismes sans but lucratif, ce serait là un énorme pas en avant. Ce changement à lui seul multiplierait les mises en chantier de logements dans ce marché important, ce qui pourrait satisfaire les besoins d'une population vieillissante comprenant des anciens combattants et des aînés.

Nous avons également parlé de quelques programmes de la SCHL qui réussissent bien et qui sont tout à fait accessibles aux organismes sans but lucratif. Cependant, certains des programmes de la SCHL qui sont, en théorie, des programmes nationaux, ne sont pas toujours disponibles à l'échelle nationale — en tout cas pas dans le même contexte, ni au même degré. Par exemple, bien que le programme de logement fédéral-provincial soit un programme national, il est administré de façon différente selon la région du pays. En Colombie-Britannique, il est administré par l'intermédiaire de la BC Housing, tandis qu'en Ontario, où la responsabilité en matière de logement relève des municipalités, il est administré conjointement par la province et par les 47 municipalités régionales. En Ontario, par exemple, il est possible pour les municipalités de s'abstenir de participer au programme. D'autre part, chaque centre de responsabilité peut établir ses propres critères d'admissibilité. Cela veut dire que, bien que le programme fédéral-provincial d'aide au logement soit considéré comme un programme national, il n'est pas disponible dans la plupart des régions de l'Ontario, par exemple, où les municipalités ont choisi de ne pas y participer.

Notre recommandation serait que la SCHL établisse des lignes directrices en vue d'une stratégie de mise en œuvre nationale, pour veiller à ce que toutes les régions du pays aient un accès équitable aux programmes nationaux de la SCHL, comme par exemple le programme fédéral d'aide au logement.

M. Hollander a parlé de la nécessité de cueillette nationale d'information et d'initiatives nationales. Lorsque sont élaborés des programmes nationaux, il devrait y avoir une stratégie de mise

ensure that all regions of the country have equitable access to such a program. This would have to take into consideration unique regional and provincial requirements. Because of economics in some regions, there may be reasons why municipalities or regions opt out, but there should be some way that this program could then be delivered in an alternative format to ensure their residents have access. If we are to call it a national program, it should be accessible nationally.

Provinces should also be encouraged to standardize their eligibility criteria to avoid the potential for national providers having to deal with 47 different approval criteria, which is essentially what happens now when we are dealing with the province of Ontario and the implementation of this one program.

Mr. Allard: We need more flexible CMHC national programs. We have been told this morning that CMHC is collecting national data. They should also establish policy with a national focus. We need to embrace the seniors independence program modelled on the very successful Veterans Affairs Canada Veterans Independence Program. That concludes our presentation.

The Chair: Thank you. We will return to CMHC for their response to what you have raised here.

Last but not least is Margaret Isabel Hall.

Margaret Isabel Hall, Assistant Professor, Law Faculty, University of British Columbia: Today, I would like to speak to my past and ongoing work on the regulation of supportive housing for seniors, which has been sponsored by CMHC in the past, as is my ongoing project.

Supportive housing is currently being developed to provide Canadian seniors with an intermediate housing alternative between living alone without supports, or staying at home, and the heavily regulated environment of institutional care. I use this umbrella term, namely, "supportive housing", to refer to the entire range of housing operations between these two poles. The term "assisted living" generally refers to supportive housing at the higher end of this range. There is a tremendous problem in conducting any research in this area because of the different terminology used across the country. I resolved that problem by simply making up my own terminology of what supportive housing will be and staying with it. It is a broad umbrella with different combinations of services and housing features being included within this umbrella.

The 2005 study considered alternative approaches to the regulation of supportive housing for seniors and the issues that effective regulation will need to address, and concluded by setting

en œuvre nationale pour veiller à ce que toutes les régions du pays aient un accès équitable à ces programmes. Cela permettrait de tenir compte des besoins uniques des différentes régions et provinces. Étant donné la situation économique de certaines régions, il se pourrait qu'il y ait des raisons pour lesquelles les municipalités ou certains secteurs choisissent de ne pas participer, mais il devrait y avoir moyen de veiller à ce que le programme puisse être proposé sous une autre forme afin que les résidents puissent y avoir accès. Si nous allons parler de programmes nationaux, alors ceux-ci doivent être accessibles partout au pays.

Les provinces devraient elles aussi être encouragées à normaliser leurs critères d'admissibilité pour éviter le risque que des fournisseurs nationaux aient à jongler avec 47 critères d'approbation différents, ce qui est en gros ce qui se passe à l'heure actuelle avec l'Ontario dans le cas de la mise en œuvre de ce seul programme dont je viens de vous entretenir.

M. Allard : Il nous faut des programmes nationaux plus flexibles de la part de la SCHL. On nous a dit ce matin que la SCHL recueille des données nationales. Elle devrait également établir une politique qui ait une orientation nationale. Il nous faut embrasser l'idée d'un programme pour l'autonomie des aînés calqué sur le formidable Programme pour l'autonomie des anciens combattants d'Anciens combattants Canada. Voilà qui met fin à notre exposé.

La présidente : Merci. Nous inviterons tout à l'heure les représentants de la SCHL à réagir aux questions que vous avez soulevées ici.

Enfin, je suis heureuse de donner la parole à Margaret Isabel Hall.

Margaret Isabel Hall, professeure adjointe, Faculté de droit, Université de la Colombie-Britannique : J'aimerais aujourd'hui vous entretenir de mon travail passé et courant sur la réglementation des logements en milieu de soutien pour les aînés, travail qui a été parrainé par la SCHL par le passé, et que je poursuis toujours.

L'œuvre présentement à l'établissement de logements en milieu de soutien pour offrir aux aînés canadiens une solution de logement intermédiaire entre la vie autonomie sans soutien, chez soi, et le milieu hautement réglementé des soins en établissement. J'utilise cette expression « logement en milieu de soutien » pour couvrir toute la gamme des solutions de logement s'inscrivant entre ces deux pôles. Le terme « logement-services » renvoie généralement à des logements en milieu de soutien à l'extrémité supérieure de cette fourchette. Il existe un problème énorme pour ce qui est de la recherche dans ce domaine à cause des différences terminologiques relevées d'un bout à l'autre du pays. J'ai réglé ce problème en établissant tout simplement ma propre terminologie et ma définition de ce qu'est le logement en milieu de soutien et m'y tenant. Il s'agit d'un large parapluie recouvrant diverses combinaisons de services et de types de logements.

L'étude de 2005 portait sur des solutions de rechange à la réglementation de logements en milieu de soutien pour les personnes âgées et les questions devant être traitées dans le

out a range of options for Canadian policy-makers. More details about the study are provided in the research highlights that I circulated.

The task for regulators is to facilitate supportive housing for seniors that is both appropriate and affordable. That is a key feature that was identified through my consultations, through regulation that is neither too heavy, essentially replicating institutional care, nor too light. Referring to Ms. Sholzberg-Gray's comments earlier, there certainly is a need for regulation in this area. Supportive housing should not be considered as an unregulated wilderness as opposed to the care facility. That balance is very difficult to strike. Regulating in this area is tough, and that is why policy-makers here and in other jurisdictions have wrestled with it.

My conclusion is that the balance will best be achieved through a combination of approaches to regulation together with what I call "supplemental non-regulatory initiatives."

The first of these options was a comprehensive supportive housing statute that would apply to all supportive housing for seniors, regardless of sector involvement. It would be public, private-for-profit and private-not-for-profit, with supportive housing for seniors defined as housing with services that is provided specifically for seniors.

In my review of different regulatory approaches taken across Canada and also in other jurisdictions, I saw that in some jurisdictions supportive housing for seniors provided by the not-for-profit sector is regulated differently than that by the for-profit sector. When I talk about a comprehensive statute, I am talking about a statute that would not draw those types of distinctions and would apply to all forms of supportive housing throughout the umbrella. The statute could include legislated minimum standards for certain issues and provisions and apply a consumer protection approach for other issues. Therefore, meals could be subject to legislated standards. These are legislated minimum standards and costs subject to consumer-protection-based provisions, for example.

A benefit of the comprehensive supportive housing statute would be the relative clarity of a single-statute approach for providers, consumers and their advocates and for policy-makers. Clarity would be valuable here as the current splitting up of the regulation of supportive housing among different statutes and different policies within provinces — let alone between provinces — made for a significant degree of confusion about which regulations applied.

cadre de cette réglementation, et à débouché sur la définition de toute une gamme d'options pour les décideurs canadiens. Davantage de détails au sujet de cette étude sont mis en relief dans le document résumant les faits saillants de ma recherche que j'ai fait distribuer.

La tâche pour les organes de réglementation est de faciliter l'offre aux aînés de logements en milieu de soutien qui soient et appropriés et abordables. Il s'agit là d'un aspect clé qui a été identifié par le biais de mes consultations, et il importe que la réglementation ne soit ni trop lourde, reproduisant plus ou moins les soins en établissement, ni trop légère. Pour renvoyer aux commentaires faits plus tôt par Mme Sholzberg-Gray, il importe certainement que des règlements soient établis dans ce domaine. Le logement en milieu de soutien ne devrait pas être considéré comme un domaine non encore exploré et non réglementé par opposition aux établissements de soins. Cet équilibre est très difficile à établir. La réglementation de ce secteur est difficile, et c'est pourquoi les décideurs ici et dans d'autres pays s'y sont butés.

Ma conclusion est que le meilleur moyen d'assurer un équilibre sera de conjuguer diverses approches à la réglementation avec ce que j'appellerais des « initiatives supplémentaires non réglementaires ».

La première de ces options a été un texte législatif exhaustif en matière de logement en milieu de soutien qui s'appliquerait à tous les logements supervisés pour aînés, quel que soit le secteur concerné. Cela couvrirait les volets public, privé à but lucratif et privé sans but lucratif, les logements en milieu de soutien pour aînés étant définis comme des logements avec services destinés aux personnes âgées.

Dans le cadre de mon examen des différentes approches en matière de réglementation adoptées partout au Canada ainsi qu'ailleurs, j'ai constaté que, dans certains endroits, les logements en milieu de soutien pour les aînés fournis par le secteur sans but lucratif sont réglementés différemment de ceux fournis par le secteur à but lucratif. Lorsque je parle d'un texte législatif exhaustif, je parle d'un texte qui n'établirait pas ces genres de distinctions et qui s'appliquerait à toutes les formes de logements en milieu de soutien couvertes par la définition-cadre. Ce texte de loi pourrait imposer des normes minimales pour certains éléments et appliquer ailleurs une approche axée sur la protection du consommateur. Ainsi, les repas pourraient être soumis à des normes imposées par la loi et les coûts à des dispositions axées sur la protection du consommateur, par exemple.

Un des avantages d'une loi complète sur le logement en milieu de soutien serait la clarté relative d'une loi unique pour les fournisseurs, les consommateurs et leurs défenseurs, ainsi que pour les décideurs. La clarté serait précieuse ici, étant donné que l'actuel morcellement de la réglementation du logement en milieu de soutien parmi les différents textes de loi et politiques à l'intérieur des provinces — sans parler des différences entre provinces — crée une confusion considérable quant à la question de savoir quels règlements s'appliquent.

This clarity, as well as being useful for consumers, providers and policy-makers within provinces, would also promote the coherent and consistent development of regulation among Canadian jurisdictions, another feature that I consider very important for two reasons.

First, consistency avoids the need to constantly reinvent the wheel as jurisdictions are able to discuss their experiences and learn from each other's mistakes. While producing this report, I learned that in each province some type of initiative around supportive housing and then around this thorny issue of "if we are to have it, how are we to regulate it" seemed to be going on. However, there was virtually no communication between the provinces as to exactly what they were doing. The problem about nomenclature was a big contributor to this.

These processes require the development of a common language around supportive housing, a development which is made much more difficult where supportive housing issues are dealt with by multiple statutes and authorities within a single province.

Second, older Canadians are mobile and retirement or age-related lifestyle changes may trigger a move closer to adult children, other relatives or to a more suitable climate.

The current widely divergent approaches to the regulation of supportive housing in Canada divided between different regulatory instruments within provinces creates a formidable information challenge for the potential supportive housing resident who wants to move from Toronto to Victoria. In addition, the splintering of regulatory responsibilities within provinces themselves made it virtually impossible for consumers or potential consumers to get the information that they wanted and needed about how supportive housing was regulated in their province.

The model comprehensive statute was the first of my options — and I must say CMHC rejected my idea that I call these "recommendations," feeling it was a little too stern, so I refer to them as "options." This option was the one that I have decided to follow up on and develop in my current project that is underway for CMHC.

I will focus in on the idea of developing the comprehensive supportive housing statute, develop a model statute and then circulate it during the comprehensive national consultation process, which I certainly hope many of you will be part of so that I can get your comments on that approach. I am sure that people will have lots of advice for me and suggestions of what they would like to see included in a statute of that type.

Cette clarté, en plus d'être utile pour les consommateurs, les fournisseurs et les décideurs au sein des provinces, aurait également pour effet de favoriser l'élaboration cohérente et uniforme de règlements entre les provinces et territoires canadiens, autre élément que je considère très important pour deux raisons.

Premièrement, l'uniformité élimine la nécessité de constamment réinventer la roue, car les provinces et territoires peuvent discuter entre eux de leurs expériences et tirer des leçons des erreurs des autres. Dans le cadre de la production de ce rapport, j'ai appris que, dans chaque province, il semblait qu'il se présentait une forme d'initiative entourant le logement en milieu de soutien prise autour de la question épineuse de savoir « Si nous devons avoir cela, comment allons-nous réglementer la chose? ». Il n'y avait cependant presque aucune communication entre les provinces sur ce qu'elles faisaient très exactement. Le problème de nomenclature a été un gros facteur dans tout cela.

Ces processus exigent l'élaboration d'un langage commun relativement au logement en milieu de soutien, travail qui est rendu encore plus difficile lorsque les questions de logement supervisé relèvent, à l'intérieur d'une même province, de textes et de responsables multiples.

Deuxièmement, les Canadiens âgés sont mobiles, et la retraite ou les changements de style de vie qui sont liés à l'âge peuvent les inciter à s'installer plus près de leurs enfants d'âge adulte ou d'autres parents, ou encore dans une région où le climat leur convient mieux.

Les façons actuellement fort divergentes d'aborder la réglementation du logement en milieu de soutien au Canada, avec les divers instruments de réglementation qui existent à l'intérieur des différentes provinces, représentent un défi formidable pour l'ainé qui souhaite obtenir de l'information sur le logement en milieu de soutien et qui envisage, par exemple, de quitter Toronto pour aller s'installer à Victoria. Par ailleurs, le fractionnement des responsabilités en matière de réglementation à l'intérieur des provinces elles-mêmes était tel qu'il était presque impossible pour les consommateurs ou consommateurs potentiels d'obtenir les renseignements qu'ils voulaient et dont ils avaient besoin au sujet de la façon dont le logement en milieu de soutien est réglementé dans leur province.

Le modèle de loi complète était la première de mes options — et il me faut dire que la SCHL a rejeté mon idée que j'appelle cela des « recommandations », estimant que cela était peut-être un peu trop sévère, et c'est pourquoi j'ai choisi de parler plutôt d'options ». Cette option est celle que j'ai décidé de poursuivre et d'étayer dans le projet auquel j'œuvre présentement pour la SCHL.

Je vais me concentrer sur l'idée d'élaborer une loi complète sur le logement en milieu de soutien, de rédiger une loi type, puis de la faire circuler dans le cadre du processus national de consultation exhaustive, auquel j'espère que nombre d'entre vous participerez afin que je puisse recueillir vos commentaires sur cette approche. Je suis convaincue que les gens auront pour moi beaucoup de conseils et de suggestions sur ce qu'ils aimeraient voir inclus dans une loi de ce genre.

One of the extra-regulatory options, which I also thought would be helpful here, would be to establish a system of elder ombudsman in each province. Each province would appoint an elder ombudsman with responsibility for seniors' housing issues; and also possibly with a mandate to hear and respond to other concerns. The objective would be to have a one-stop shop, easy-to-access system to find information, make complaints, resolve disputes and so on.

If economically feasible, a system of seniors' advocates could operate out of an ombudsman's office. During my consultation with seniors pursuant to this project, the idea of the elder ombudsman and the system of elder ombudsman was received most enthusiastically.

I emphasize this because the problem was identified for me with such force by the seniors to whom I spoke. The problem of accessing information or even beginning to think about where to start accessing information was prominent and identified as, perhaps, the key problem for seniors. They simply would not know where to begin finding information on the options that were available to them.

The third option would be to create national best practices guidelines, which would involve establishing a working group at a national level that would create best practices guidelines. Here, I drew on the American experience, and I will say a little bit about that.

The Americans have been at this thorny problem of trying to regulate supportive housing for longer than we have. A work group on the national level was convened in 2002, I believe, to try to create model best practice guidelines because the United States were struggling and found they were constantly returning to their legislation to revise it because it was so difficult. Perhaps we can avoid that difficult thrashing around stage, cut directly to the chase and simply create a best practices body that could provide a model that would be useful for the provinces.

The fourth option is to establish a supportive housing for seniors' centre for excellence that would also draw on some of the work that your organization has done. This would also build on the work of the national working group that is described in option three. Rather than simply disbanding, once the best practice guidelines were formed, the work of the national centre for excellence would continue and carry on the work that had been initiated by that body.

The fifth option would establish a non-legislated system of accreditation. The centre of excellence would develop this system of accreditation with input from consumers and providers, as well as academics. The centre would be responsible for carrying out accreditation and gathering and disseminating information about

L'une des options extra-réglementaires, dont j'ai également pensé qu'elle pourrait être utile ici, serait l'élaboration d'un régime d'ombudsman des aînés dans chaque province. Chaque province nommerait un protecteur des aînés auquel incomberait la responsabilité des questions de logement des aînés et, peut-être, le mandat d'entendre d'autres préoccupations et d'y répondre. L'objectif serait d'établir un guichet unique facile d'accès auquel on recourrait pour obtenir de l'information, déposer une plainte, obtenir le règlement de différends et ainsi de suite.

Si la chose était économiquement faisable, un réseau de défenseurs des aînés pourrait relever du bureau du protecteur des aînés. Dans le cadre des consultations que j'ai menées auprès d'aînés au sujet de ce projet, l'idée d'un protecteur des aînés et d'un réseau de protecteurs des aînés a été reçue avec enthousiasme.

Je souligne cela car le problème m'a été énergiquement soumis par les aînés avec qui j'ai discuté. Le problème de l'accès à l'information ou de savoir ne serait-ce que par où commencer pour accéder à l'information a été beaucoup mentionné et a été identifié comme étant possiblement le principal problème pour les personnes âgées. Ils ne savent tout simplement par où commencer pour trouver des renseignements sur les options à leur disposition.

La troisième option serait l'élaboration de lignes directrices nationales en matière de pratiques exemplaires. Il s'agirait de créer un groupe de travail national qui serait chargé d'établir des lignes directrices axées sur les pratiques exemplaires. Ici, je me suis appuyée sur l'expérience américaine, et je vais vous en dire quelques mots.

Les Américains sont depuis plus longtemps que nous aux prises avec ce délicat problème qu'est celui de la réglementation du logement en milieu de soutien. Un groupe de travail national a été réuni en 2002, je crois, et chargé de créer des lignes directrices modèles en matière de pratiques exemplaires, car les Américains étaient aux prises avec le problème et constataient qu'ils retournaient sans cesse à leur loi pour la remanier du fait de la difficulté. Nous pourrions peut-être éviter cette étape difficile de démêlement, nous attaquer directement au cœur du problème et créer simplement une base de pratiques exemplaires qui pourrait servir de modèle utile pour les provinces.

La quatrième option serait la création d'un centre d'excellence du logement en milieu de soutien pour les aînés, qui s'inspirerait également de certains des travaux de votre organisation. Il s'appuierait également sur le travail accompli par le groupe de travail national décrit dans l'option trois. Au lieu que le groupe soit simplement démantelé, une fois élaborées les lignes directrices en matière de pratiques exemplaires, le centre national d'excellence pourrait poursuivre le travail entamé par lui.

La cinquième option serait l'établissement d'un système d'agrément non imposé par la loi. Le centre d'excellence élaborerait ce système d'agrément en s'appuyant sur les conseils émanant de consommateurs, de fournisseurs et d'universitaires. Ce centre serait responsable d'administrer l'agrément et de

the accreditation system. Again, getting information to consumers is key to the workability of this system.

Finally, the sixth option is to establish a central information database, with ease of access being the key. Establishment of a central information database accessible through the Internet, and also through a seniors' housing hotline for those who may not be entirely comfortable using the Internet, is vital to the success of supportive housing as an intermediate housing alternative. Information provided would include availability, costs and rules or conditions of residency. A senior who wishes to relocate would be able to access information about the availability and the way in which supportive housing is regulated in that province.

In conclusion, the big idea that has come out of my work, which I feel is important to emphasize, is the connection between affordability and the provision of a suitable real number of affordable supportive housing units to maximize choice for consumers and the need for less regulation of the sector.

The consumers' ability to vote with their feet, which is the theory behind a consumer-protection approach as opposed to the minimum-legislated-standards approach — like a care facility where more aspects of services and building features within the facility are legislated — depends to a great degree on the ability of the consumer to exercise real choice.

If a consumer choice and consumer protection model is pursued in this sector to avoid replicating the legislated standards that we find in care facilities, it is absolutely crucial that there be real choice for consumers so that they are able to discriminate between housing units on the basis of suitability instead of merely taking whatever they can find and afford.

The Chair: Thank you. Before I turn to others for questions, I would like to know if Mr. Rodriguez has any comments on the comments that were made by The Royal Canadian Legion.

Mr. Rodriguez: Their comments are outside the scope of my work. Perhaps Ms. Darke would like to comment on that.

Debra Darke, Director, Community Development, Canada Mortgage and Housing Corporation: I will try not to get into a lot of detail, but I would like to address two areas. The first is the comment that Mr. MacDonald made about CMHC not really being in the insurance business, given that we are not willing to take any risks. I would also like to speak briefly about the types of arrangements that we currently have in place with provinces and territories, which, as Mr. MacDonald quite rightly pointed out,

recueillir et de diffuser de l'information au sujet du système d'agrément. Encore une fois, la communication de renseignements aux consommateurs est essentielle au bon fonctionnement du système.

Enfin, la sixième option serait l'établissement d'une base de données centrale dont la facilité d'accès serait indispensable. La création d'une base de données de renseignements centrale accessible par Internet, ou au moyen d'une ligne d'assistance sur le logement des aînés pour ceux qui ne sont pas tout à fait à l'aise avec l'Internet, est essentielle au succès du logement en milieu de soutien comme solution intermédiaire de logement. L'information fournie porterait sur la disponibilité, les coûts et les règles ou conditions de résidence. Un aîné qui souhaite déménager serait en mesure d'obtenir de l'information sur la disponibilité de logements ainsi que sur la façon dont le logement en milieu de soutien est réglementé dans cette province.

En conclusion, la grosse idée qui est ressortie de mon travail, et qui mérite, je pense, d'être soulignée, est le lien entre l'abordabilité et la fourniture d'un nombre adéquat réel d'unités de logements en milieu de soutien abordables, pour maximiser le choix pour les consommateurs et la nécessité d'une moindre réglementation du secteur.

La capacité des consommateurs de voter avec leurs pieds, qui est la théorie qui soutient l'approche de la protection du consommateur par opposition à l'approche axée sur des normes minimales imposées par la loi — comme un établissement de soins où un plus grand nombre d'éléments et de services et de caractéristiques des installations sont explicités dans la loi —, dépend dans une large mesure de la capacité du consommateur d'exercer des choix réels.

Si le modèle du choix du consommateur et de la protection du consommateur est poursuivi dans ce secteur pour éviter de reproduire les normes législatives que l'on trouve du côté des établissements de soins, il est absolument impératif que des choix réels soient offerts aux consommateurs, afin qu'ils puissent faire la distinction entre les différentes unités de logement sur la base de ce qui leur convient, au lieu de prendre tout simplement ce qu'ils peuvent trouver et se permettre de payer.

La présidente : Merci. Avant de donner la parole aux autres pour des questions, j'aimerais savoir si M. Rodriguez aurait quelques commentaires à faire en réaction aux déclarations faites par les porte-parole de la Légion royale canadienne.

M. Rodriguez : Leurs déclarations s'inscrivent à l'extérieur de la portée de mon travail. Peut-être que Mme Darke aimerait y réagir.

Debra Darke, directrice, Développement des collectivités, Société canadienne d'hypothèques et de logement : Je vais m'efforcer de ne pas aller trop dans le détail, mais j'aimerais traiter de deux éléments. Le premier est le commentaire de M. MacDonald au sujet du fait que la SCHL ne soit pas vraiment partie prenante dans le secteur des assurances, étant donné que nous ne sommes pas prêts à assumer des risques. J'aimerais également vous entretenir brièvement des genres d'arrangements

are largely responsible for delivering the range of programs that are available across the country.

Dealing with mortgage loan insurance first, we are in the business of providing mortgage loan insurance. As many of you may know, CMHC runs its insurance business on a commercial basis. In doing so, we are in the business of assessing risk and of charging on the basis of that assessment. When we are underwriting loans, we look at the viability of a project and assess the risk involved, and our premium is reflective of our view of the risk of the project. Generally speaking, the higher the loan-to-value ratio, the higher the mortgage loan insurance premium; we have found that loan-to-value ratio is a good measure of risk.

I am not too sure about the specific barriers or challenges that some of the legion projects that Mr. MacDonald mentioned have experienced. However, we, at CMHC, will be more than happy to meet with Mr. MacDonald, Mr. Allard or the specific proponents of these projects to try to better understand the projects and the challenges with respect to obtaining mortgage loan financing.

In 2003, CMHC introduced a number of flexibilities to our usual mortgage loan insurance parameters. These flexibilities were specifically introduced to encourage the development of new affordable housing units. These flexibilities are not available to every project, but if a project meets our affordability criteria, we are willing to extend them. There is a range of flexibilities provided: We increase the loan-to-value ratio, for example, that we are willing to insure. This can be quite helpful to proponents of affordable housing because it reduces the equity requirements for them. We have also reduced — and in some cases completely discounted — the mortgage insurance premium payable. We also have various flexibilities that relate to debt-coverage ratios and other technical aspects of mortgage insurance that I will not get into.

Again, we have a staff across the country who are familiar with those flexibilities, and we are more than happy to talk to the legion and others to explain them and see how they might be applicable to their projects.

Perhaps I can just say a few words about our programs and how we work with provinces and territories.

There are currently a range of federally-funded programs available across Canada. I believe that Doug Stewart spoke to this committee about a year ago and outlined at a very high level the different vehicles through which the federal government provides housing assistance.

que nous avons présentement en place avec les provinces et territoires et qui, comme l'a à très juste titre souligné M. MacDonald, sont largement responsables de l'exécution de la gamme de programmes qui sont disponibles à l'échelle du pays.

Pour traiter en premier lieu de la question de l'assurance hypothécaire, nous sommes actifs dans l'offre d'assurance hypothécaire. Comme nombre d'entre vous le savent peut-être, la SCHL exploite son volet assurances sur une base commerciale. Ce faisant, il nous revient d'évaluer le risque et de facturer sur la base de cette évaluation. Lorsque nous souscrivons des prêts, nous examinons la viabilité du projet et évaluons le risque concerné, et notre prime reflétera notre évaluation du risque du projet. De façon générale, plus le coefficient du prêt en fonction de la valeur est élevé, plus la prime d'assurance sur le prêt hypothécaire sera élevée. Nous avons constaté que le coefficient du prêt en fonction de la valeur est une bonne mesure du risque.

Je ne suis pas très au courant des obstacles ou défis spécifiques qui ont été vécus dans le cadre de certains des projets de la Légion et que M. MacDonald a mentionnés. Cependant, à la SCHL, nous nous ferions un plaisir de rencontrer M. MacDonald, M. Allard ou les artisans de ces projets afin d'essayer de mieux comprendre ces derniers et les défis en ce qui concerne l'obtention de financement hypothécaire.

En 2003, la SCHL a assorti nos paramètres habituels en matière d'assurance hypothécaire d'un certain nombre d'assouplissements. Ces assouplissements ont été consentis dans le but précis de favoriser la construction de nouvelles unités de logements abordables. Ces assouplissements ne sont pas disponibles pour chaque projet, mais si un projet répond à nos critères d'abordabilité, nous sommes prêts à les consentir. Il y a toute une gamme d'assouplissements qui sont offerts : nous augmentons le coefficient du prêt en fonction de la valeur que nous sommes prêts à assurer, par exemple. Cela peut être très utile pour les promoteurs de logements abordables, car cela réduit les exigences en matière de capitaux propres pour eux. Nous avons également réduit — et dans certains cas nous avons même consenti une ristourne complète — la prime d'assurance hypothécaire payable. Nous avons également divers assouplissements concernant les taux de couverture des charges financières et d'autres aspects techniques de l'assurance hypothécaire que je ne vais pas aborder ici.

Encore une fois, nous avons partout au pays des employés qui connaissent ces assouplissements et nous nous ferons un plaisir de discuter avec la Légion et d'autres pour les expliquer et voir en quoi ils pourraient peut-être s'appliquer à leurs projets.

Je pourrais peut-être dire quelques mots maintenant au sujet de nos programmes et de la façon dont nous travaillons avec les provinces et territoires.

Il existe à l'heure actuelle toute une gamme de programmes financés par le gouvernement fédéral et qui sont disponibles à l'échelle du pays. Je pense que Doug Stewart s'est entretenu avec le comité il y a environ un an et a expliqué dans le menu détail les différents véhicules grâce auxquels le gouvernement fédéral offre de l'aide au logement.

I will not go through all of that again, although I can try to answer any questions. Most of the programs that we make available, of which there is a range, are made available through provinces and territories, and we do this in the context of some high-level multilateral and bilateral agreements.

The Affordable Housing Initiative, AHI, is a good example. There is an overall multilateral agreement that CMHC, on behalf of the federal government, signed with all the provinces and territories, and then there are specific agreements in place with each province and territory. It is the multilateral agreement and the bilateral agreement that outline overall parameters — high-level objectives, if you will — for the investment. In the case of the AHI, the investment is being matched by provinces and territories. Therefore, over the life of this initiative the federal government will contribute \$1 billion, and provinces and territories are matching that.

Program design and delivery is up to provinces and territories within the context of the agreements we have signed with them. Those agreements, of course, also include a number of accountability and reporting requirements.

As Mr. MacDonald pointed out, provinces and territories have made different choices about how they choose to deliver those programs. In some cases, they have chosen to deliver the programs through municipal service managers, and he cited Ontario as an example. However, they are national programs, and it is expected that the national investment will be available across the country. It is up to provinces and territories to ensure that in fact that is the case.

As I said, I will not go into further details now, but I can certainly try to answer any questions.

The Chair: I do not want to belabour this issue, but I must tell you that The Royal Canadian Legion is not the only one that has raised this issue with us.

There seems to be a perception, whether it is real or not, that non-profit organizations that would like to build this type of assisted housing cannot get funding from CMHC.

I would like to know — not today but in some way — what could the government do, if anything, to make that funding more accessible? Is there a guarantee that the federal government could provide that would make this type of insurance more readily available? As I said, I do not expect an answer from you now, but could you perhaps get back to us as to whether there is any availability?

Ms. Darke: Again, there are the two components to that.

From the mortgage loan insurance perspective, if we can understand what the concerns are, what the barriers are that groups have been experiencing, that would be very helpful to us.

Je ne vais pas repasser tout cela revue, mais je peux tenter de répondre à vos questions. La plupart des programmes que nous offrons, et il y en a beaucoup, sont livrés par l'intermédiaire des provinces et territoires, et nous faisons cela dans le contexte de certaines ententes multilatérales et bilatérales de haut niveau.

L'Initiative en matière de logement abordable, ou ILA, est un bon exemple. Il s'agit d'une entente multilatérale globale que la SCHL, au nom du gouvernement fédéral, a signée avec toutes les provinces et les territoires, et il y a des accords spécifiques en place avec chaque province et chaque territoire. Ce sont l'entente multilatérale et les ententes bilatérales qui esquissent les paramètres d'ensemble — les objectifs supérieurs, si vous voulez — pour l'investissement. Dans le cas de l'ILA, l'investissement est jumelé par les provinces et les territoires. En conséquence, pendant la durée de vie de cette initiative, le gouvernement fédéral contribuera 1 milliard de dollars, et les provinces et territoires une somme équivalente.

La conception et l'exécution des programmes reviennent aux provinces et territoires dans le contexte des ententes que nous avons signées avec eux. Ces ententes englobent également, bien sûr, un certain nombre d'exigences en matière de comptabilité et de reddition de comptes.

Comme l'a souligné M. MacDonald, les provinces et territoires ont fait des choix différents quant à la façon dont ils veulent livrer ces programmes. Dans certains cas, ils ont choisi de livrer les programmes par le biais de gestionnaires de services municipaux, et M. MacDonald a cité l'exemple de l'Ontario. Il s'agit cependant de programmes nationaux, et il est attendu que cet investissement national soit disponible partout au pays. C'est aux provinces et territoires qu'il incombe de veiller à ce que ce soit bel et bien le cas.

Comme je l'ai dit, je ne vais pas aller plus dans le détail là-dessus maintenant, mais je m'efforcerais certainement de répondre à toutes vos questions.

La présidente : Je ne voudrais pas m'éterniser là-dessus, mais il me faut vous dire que la Légion royale canadienne n'est pas le seul intervenant qui ait soulevé cette question avec nous.

Il semble qu'il y ait une perception, fondée ou non, selon laquelle les organismes à but non lucratif qui souhaiteraient construire ce type de logements-services ne parviennent pas à obtenir de financement auprès de la SCHL.

J'aimerais savoir — pas aujourd'hui, mais d'une autre façon — ce que pourrait faire le gouvernement, si la chose est possible, pour que ce financement soit davantage accessible? Y a-t-il une garantie que le gouvernement fédéral pourrait donner de manière à ce que ce type d'assurance soit plus facilement disponible? Comme je l'ai dit, je ne m'attends pas à ce que vous me fournissiez une réponse tout de suite, mais vous pourriez peut-être nous revenir là-dessus et nous dire si la chose est possible?

Mme Darke : Encore une fois, il y a deux éléments qui interviennent ici.

En ce qui concerne l'assurance hypothécaire, si nous pouvions comprendre les préoccupations et les obstacles qu'ont vécu ces groupes, cela nous serait très utile.

Back in 2003, as I said, we introduced a number of flexibilities because we had heard from groups developing affordable housing. They were challenged on a variety of fronts, and the flexibilities were introduced to provide assistance in that regard.

From the perspective of the programs that provide subsidy assistance, these, as I said, are directly delivered for the most part by provinces and territories.

In these cases, it may be that groups are suggesting that they cannot or do not have access to that funding. It is difficult to know why. I do know that there is wide-spread interest in accessing the assistance that is available. The provinces and territories do their best to identify the projects that they will be able to assist. However, to the extent that the interest or demand for funds exceeds the available funding, that may determine whether or not a group is able to access program funding.

Senator Cordy: You have announced extensions for a number of renovation programs at CMHC, ones that Sharon Sholzberg-Gray made mention of in her presentation. That would be the Residential Rehabilitation Assistance Program, RRAP, the Emergency Repair Program, ERP, and the Home Adaptation for Seniors' Independence, HASI. Could you give us the status of those programs currently, and is there extension, does it have a time line on it or is it depending on how many people are going to be accessing them?

Ms. Darke: You are referring to what we call the suite of renovation programs, and it includes the RRAP, with which many people are familiar. You also mentioned the HASI, ERP, and a few others.

Those programs were extended for two years this time last year. Funding for those programs will be in place until March of 2009. CMHC will be going forward to government in 2008 to seek direction on the future of the programs.

Senator Cordy: Would you make a recommendation to the government as to whether or not it should be continued?

Ms. Darke: Yes, we would.

Senator Cordy: We heard a couple of our panellists mention communication: How do seniors find out about programs that are available? This is something that we have heard not just in relation to housing but also in relation to a number of programs that the government offers.

How do we let people, in this case the seniors, know about what they can access? It is a big road map out there with respect to the federal government, and I know as a senator that it is challenging to search for answers to people's questions about what programs are available.

En 2003, comme je le disais, nous avons introduit un certain nombre d'assouplissements car différents groupes qui construisaient des logements abordables étaient entrés en contact avec nous. Ces groupes étaient confrontés à des difficultés sur différents fronts, et si nous avons introduit ces assouplissements, c'était pour leur venir en aide sur ce plan.

Pour ce qui est des programmes de subventionnement, ceux-ci, comme je le disais, sont pour la plupart livrés directement par les provinces et territoires.

Dans ces cas, il se peut que les groupes disent qu'ils n'ont pas pu ou qu'ils ne peuvent pas accéder à ces fonds. Il est difficile de savoir pourquoi. Je sais cependant que les intervenants sont très nombreux à vouloir accéder à l'aide qui est disponible. Les provinces et territoires font de leur mieux pour identifier les projets qu'ils seront en mesure d'appuyer. Cependant, dans la mesure où l'intérêt ou la demande de fonds l'emporte sur l'argent disponible, c'est peut-être cela qui détermine si un groupe pourra ou non accéder au financement.

Le sénateur Cordy : Vous avez annoncé la prolongation d'un certain nombre de programmes de rénovation de la SCHL, et dont Sharon Sholzberg-Gray a fait état dans son exposé. Il s'agirait du Programme d'aide à la remise en état des logements, ou PAREL, du Programme de réparations d'urgence, ou PRU, et du programme Aînés adaptés : Aînés autonomes, ou AAAA. Pourriez-vous nous exposer la situation concernant ces programmes et leur prolongation et nous dire si des délais ont été fixés ou si cela est fonction du nombre de personnes qui vont vouloir en bénéficier?

Mme Darke : Vous parlez de ce que nous appelons la suite des programmes de rénovation, et cela englobe le PAREL, que les gens sont nombreux à connaître. Vous avez également fait mention de l'AAAA, du PRU et de quelques autres.

Ces programmes ont été prolongés de deux ans à cette époque l'an dernier. Le financement pour ces programmes sera en place jusqu'en mars 2009. La SCHL va, en 2008, demander au gouvernement quelle orientation adopter quant à l'avenir de ces programmes.

Le sénateur Cordy : Feriez-vous une recommandation au gouvernement quant à savoir si ces programmes devraient ou non être maintenus?

Mme Darke : Oui.

Le sénateur Cordy : Nous avons entendu plusieurs témoins parler de la communication : comment les aînés prennent-ils connaissance de l'existence des programmes en place? C'est là une chose que nous avons entendue dans le contexte non seulement du logement mais de quantité de programmes qu'offre le gouvernement.

Comment s'y prend-on pour informer les gens, dans ce cas-ci les aînés, de ce à quoi ils peuvent avoir droit? Le gouvernement fédéral est tout un dédale, et je sais, en ma qualité de sénateur, que c'est tout un défi que de chercher des réponses aux questions des gens au sujet des programmes qui sont disponibles.

The information needs to filter down to provincial governments, municipalities, seniors groups, and we had one mention of a seniors' ombudsman. Right now there are so many facets when looking at care for seniors. For a senior to sit down at a telephone or a computer to try to zero in on which department they should be looking at is very challenging.

How do you go about delivering your programs? Can you talk a little bit about the role of the ombudsman?

I believe the legion does a pretty good job of networking through the communities. How do you do it? How do you communicate?

Mr. Allard: A number of initiatives should be looked at, one of which is in Ontario, where there is a single portal to access information on municipal, federal and provincial programs. I believe it was trialed in Brockville. I do not know what the status of that program is at this time, but this is a very good way to communicate.

With respect to an ombudsman, we are also trying to see if we would like to advocate for an ombudsman for seniors or even a bill of rights for seniors. There is another challenge there again, in that many of the regulations pertaining to care of seniors are provincial in nature. How do you look at a national policy that could reach all the seniors across the country? I am sure you are having the same challenge.

Having said that, maybe the solution for an ombudsman is to have a federal ombudsman office with a legislated mandate that would have a number of ombudsmen below its legislated mandate at a secondary tier responsible for certain programs, such as veterans, Canadian Forces, tax payers, seniors.

By putting a legislated mandate on top of that structure, it would give more power to an ombudsman, or an ombudsman office, to achieve its aim.

Mr. MacDonald: My office at the Legion Housing Centre for Excellence tries to coordinate this information and gather it up, so when I go to the branches I deal with across the country, and the commands, I am able to offer them some type of package that takes into consideration all the parameters and such.

It is very difficult for me, and that is what I do. I go to Ontario, for instance, and I find 47 different sets of regulations. I have to be very careful what side of municipal boundary I am on, because the information is not the same, necessarily. Those situations are what make it difficult. Sometimes when I go to a province it is very difficult to find out even what ministry in the province is responsible for the program. Then when I find out what ministry is responsible, it is very difficult to find out what people are responsible for the program.

Les renseignements doivent filtrer jusqu'aux gouvernements provinciaux, aux municipalités et aux groupes d'ânés, et un intervenant a parlé d'un protecteur des ânés. Il intervient aujourd'hui quantité de facettes lorsqu'on se penche sur les soins à assurer aux ânés. C'est tout un défi pour une personne âgée de prendre le téléphone ou de s'asseoir devant son ordinateur pour essayer de déterminer à quel ministère s'adresser.

Comment vous y prenez-vous pour livrer vos programmes? Pourriez-vous nous parler un petit peu du rôle du protecteur?

Je pense que la Légion fait un assez bon travail de réseautage au niveau communautaire. Comment vous y prenez-vous? Comment faites-vous pour communiquer?

M. Allard : Il importerait de passer en revue plusieurs initiatives, dont une qui a été lancée en Ontario, et grâce à laquelle il existe un portail unique pour accéder aux renseignements sur les programmes municipaux, fédéraux et provinciaux. Je pense que c'est à Brockville que l'essai a été mené. J'ignore quel est le statut de ce programme à l'heure actuelle, mais c'est une excellente façon de communiquer.

En ce qui concerne l'idée d'un protecteur, nous tentons également de déterminer si nous aimerions préconiser un protecteur des ânés, voire même une charte des droits pour les ânés. Il existe, là encore, un autre défi, en ce que nombre des règlements concernant les soins à assurer aux ânés sont de nature provinciale. Comment envisagez une politique nationale qui puisse rejoindre tous les ânés de partout au pays? Je suis certain que vous êtes confrontés au même défi.

Cela étant dit, la solution en matière de protecteur serait peut-être d'avoir un bureau fédéral de protecteur, doté d'un mandat prescrit par la loi, et qui aurait sous lui plusieurs protecteurs relevant de lui, à un palier secondaire, et qui seraient responsables de certains programmes, comme par exemple les anciens combattants, les Forces canadiennes, les contribuables, les ânés, et cetera.

En chapeautant cette structure d'un mandat explicité dans la loi, l'ombudsman ou le bureau de l'ombudsman disposerait de plus grands pouvoirs pour servir ses fins.

M. MacDonald : Mon bureau au Centre d'excellence de logement de la Légion s'efforce de coordonner ces renseignements et de les rassembler, de manière à ce que, dans mes relations avec les filiales de tout le pays et les administrations, je puisse leur offrir un tout qui tienne compte de tous les paramètres et ainsi de suite.

Cela est très difficile pour moi, et c'est ce que je fais. Je vais en Ontario, par exemple, et j'y constate 47 jeux de règlements différents. Il me faut surveiller de très près de quel côté d'une frontière municipale je me trouve, car les renseignements ne seront pas forcément les mêmes de part et d'autre. Ce sont ces situations qui rendent les choses difficiles. Parfois, lorsque je me rends dans une province, il m'est très difficile de savoir ne serait-ce que quel ministère dans la province est responsable du programme. Puis, lorsque j'apprends quel ministère est responsable, il est très difficile de savoir quelles personnes sont responsables du programme.

It is something that I do on a daily basis, so I can understand the frustration for people who try occasionally to get information at that level. It must be very difficult because it is difficult for me.

Ms. Hall: My idea for the ombudsman would be to have seniors' ombudsman at the provincial level. Partially, this is based on an American model. I believe almost every state has an elder ombudsman; some more particularly associated with housing, some with a broader mandate of issues that they are to provide information about. All offices are at the state level but have funding from the federal government. That is the model I was looking at.

As I continued in my very interesting consultations with seniors, which taught me a great deal, I became increasingly convinced that this figure, the ombudsman, should have the broader mandate to deal with the whole scope of issues with which seniors are grappling. They may not even know how to make that first step in characterizing the issue — of whether it is a health issue, a housing issue or a financial issue — and then proceeding to find the appropriate person who is going to help them with that.

This idea of the one-stop shop and the high-profile individual and office, which is easily identifiable as the place to go with a problem, just seems so key to me here and for a range of issues.

The Chair: Ms. Darke would you like to reply?

Ms. Darke: Yes, I knew it was coming back to me.

I will try to answer your question in two contexts. The first is related to promoting programs. You talked about the challenge of communicating the availability of programs to seniors. The second context deals more with what my peers have been talking about: how to deal with inquiries and help direct people to the appropriate source of information. That is a little bit different in nature.

I will start with promotion. Canada Mortgage and Housing Corporation directly delivers the renovation programs in some provinces and territories but not in all; in those places where it is our responsibility to promote the availability of the programs to seniors and others who may be interested in benefiting from them. Where provinces and territories deliver, of course promoting programs is one of their areas of responsibility.

In the case of seniors, we have, over time, developed a number of different approaches. You quite rightly point out, it can be a challenge. We have found that trying to ensure that a range of different players are aware of the availability of the programs works best. Health care professionals are one audience that often gets inquiries from seniors about the types of assistance that might be available to them. That is a group we try to make aware of our programs, such as the Home Adaptation for Seniors' Independence. Family and friends are also groups that have

C'est là quelque chose que je vis au quotidien, alors je peux comprendre la frustration des gens qui tentent à l'occasion d'obtenir des renseignements à ce niveau. Ce doit être très difficile pour eux, car c'est difficile pour moi.

Mme Hall : Mon idée en ce qui concerne un ombudsman serait d'avoir un protecteur des aînés au niveau provincial. Cela se fonderait en partie sur le modèle américain. Je pense que presque tous les États américains ont un protecteur des aînés; certains s'occupent davantage de logement et d'autres ont un mandat plus vaste qui les amène à fournir des renseignements sur quantité de choses. Tous les bureaux sont implantés au niveau de l'État mais bénéficient de financement fédéral. Voilà quel modèle j'avais en tête.

Au fil de mes consultations très intéressantes auprès des aînés, et qui m'ont beaucoup appris, j'ai été de plus en plus convaincue que cet intervenant, le protecteur, devrait avoir pour mandat plus vaste de traiter de toute la panoplie de questions avec lesquelles sont aux prises les aînés. Ceux-ci ne savent peut-être même pas comment franchir ce premier pas en caractérisant la question — déterminant s'il s'agit d'une question de santé, d'une question de logement ou d'une question d'ordre financier —, sans parler de trouver la personne qu'il faut pour leur venir en aide.

Cette idée de guichet unique et d'intervenant et de bureau de prestige, facilement identifiable comme étant l'endroit où aller avec un problème, me semble tout simplement essentielle ici, et ce pour toute une gamme de questions.

La présidente : Madame Darke aimeriez-vous réagir?

Mme Darke : Oui, je savais que cela allait me revenir.

Je vais tenter de répondre à votre question dans deux contextes. Le premier concerne la promotion des programmes. Vous avez parlé du défi de la communication de la disponibilité des programmes aux aînés. Le deuxième contexte concerne davantage ce dont mes pairs ont parlé : comment traiter des demandes et comment orienter les gens vers la source d'information appropriée. Ces choses sont de nature quelque peu différente.

Je vais commencer avec la question de la promotion. La Société canadienne d'hypothèques et de logement livre directement les programmes de rénovation dans certaines provinces et certains territoires, mais ce n'est pas le cas partout; dans ces endroits où c'est notre responsabilité de promouvoir la disponibilité des programmes auprès des aînés et d'autres pouvant vouloir en bénéficier, c'est nous qui nous en chargeons. Là où c'est la province ou le territoire qui assure l'exécution, la promotion des programmes relève bien sûr d'eux.

Dans le cas des aînés, nous avons, au fil du temps, élaboré un certain nombre d'approches. Vous avez souligné à très juste titre que cela peut être tout un défi. Nous avons constaté que ce qui fonctionne le mieux c'est essayer de veiller à ce que toute une gamme d'intervenants différents soient au courant de la disponibilité des programmes. Les professionnels des soins de santé sont un auditoire qui reçoit souvent des demandes de la part d'aînés au sujet des genres d'aide pouvant être à leur portée. Il s'agit là d'un groupe que nous nous efforçons de sensibiliser à nos

influence and from whom seniors may seek advice and support. We try to ensure we target some of our promotional efforts to them, and then seniors themselves.

We have a number of methods: We advertise in papers and journals that we think seniors will see; prepare fact sheets and materials and try to ensure they are available in places that seniors frequent; and undertake, from time to time, market research to find out what works best to reach that particular audience. Therefore, there is a range of different approaches.

With respect to dealing with inquiries, as I said, that is a slightly different set of issues. Here, too, we try to take a variety of different approaches. We do work, for example, with and through Service Canada. Service Canada develops a number of guides, summaries of programs available. They have, in the past, put together guides that summarize programs available for seniors, I believe. We always ensure our programs are included as part of that. They have a 1-800 O-Canada number, so we provide scripting, so to speak, to those operators. Therefore, if they get questions on the different programs, they know where to direct them.

CMHC also has a 1-800 number. We get inquiries from a range of different groups, including seniors across the country. Our own staff members manning that 1-800 number also have a script and know where to direct people. If they are inquiring about the renovation program and it is within a province that we deliver, they will refer them to the relevant CMHC contact. Alternatively, if they are asking about the AHI or renovation program where a province or territory delivers, they would have that information as well, and they would be in a position to refer the individual to the appropriate organization.

We have staff across the country in the CMHC Affordable Housing Centre. They are knowledgeable about the different CMHC programs, products and services and also about what the particular province or territory in that area has to offer. Oftentimes they will get calls and inquiries, and they are able to refer individuals to the appropriate point of contact.

Senator Cordy: Mr. Rodriguez, I know you work in policy and research and you talked about one of the examples in your community planning, the fused grid model. Is this just research that you have done or are these things that CMHC is implementing?

Mr. Rodriguez: CMHC has done a substantial amount of research in this regard for the whole Canadian population. We are particularly focusing on the fused grid model to give you an example of how these types of options could work for seniors.

programmes, et je citerais à titre d'exemple le programme Aînés adaptés : Aînés autonomes. Les familles et les amis sont encore d'autres groupes qui exercent une influence et auprès desquels les aînés peuvent rechercher conseils et soutien. Nous nous efforçons de les cibler avec certains de nos efforts de promotion, puis il y a les personnes âgées elles-mêmes.

Nous employons diverses méthodes. Nous faisons passer des annonces dans les journaux et quotidiens dont nous pensons que les aînés les regardent; nous préparons des feuillets d'information et de la documentation, et nous efforçons de veiller à ce qu'ils soient disponibles dans les lieux fréquentés par les aînés; et nous entreprenons de temps à autre des études de marché dans le but de déterminer ce qui fonctionne le mieux pour rejoindre cet auditoire particulier. Il existe donc tout un éventail d'approches différentes.

En ce qui concerne le suivi aux demandes, comme je l'ai dit, il intervient là un ensemble d'éléments légèrement différents. Ici encore, nous nous efforçons de suivre plusieurs approches. Par exemple, nous travaillons avec et par l'intermédiaire de Service Canada. Service Canada produit un certain nombre de guides et de résumés des programmes disponibles. Il a, par le passé, publié des guides résumant les programmes à la disposition des aînés, je pense. Nous nous assurons toujours que nos programmes y figurent. Service Canada a un numéro 1-800 O-Canada, et nous fournissons donc un texte, si vous voulez, aux opérateurs. Ainsi, si on les interroge au sujet de différents programmes, ils savent où renvoyer les gens.

La SCHL a elle aussi un n° 1-800. Nous obtenons des demandes de toute une gamme de groupes, dont des aînés de partout au pays. Nos propres employés qui assurent ce service de n° 1-800 ont eux aussi un script et savent où envoyer les gens. Si la personne se renseigne au sujet du programme de rénovation et qu'elle habite une province où nous livrons ce dernier, alors nous la renvoyons à la personne-contact pertinente à la SCHL. Si elle se renseigne au sujet de l'ILA ou du programme de rénovation dans une province ou un territoire qui en assure l'exécution, alors on lui fournira là encore ces renseignements, et on sera en mesure de renvoyer l'intéressé à l'organisation appropriée.

Nous avons, partout au pays, des employés du Centre de logements abordables de la SCHL. Ces personnes sont très au courant des différents programmes, produits et services de la SCHL ainsi de ce que la province ou le territoire en question a à offrir. Il arrive souvent que nos employés reçoivent des appels et des demandes et ils sont en mesure de renvoyer le demandeur à la personne-ressource appropriée.

Le sénateur Cordy : Monsieur Rodriguez, je sais que vous œuvrez dans le domaine de la politique et de la recherche et vous avez parlé d'un des exemples de votre planification communautaire, l'ilogramme. S'agit-il simplement de choses que vous avez faites ou bien s'agit-il d'initiatives mises en œuvre par la SCHL?

M. Rodriguez : La SCHL a fait un travail de recherche considérable dans ce domaine pour l'ensemble de la population canadienne. Nous nous sommes particulièrement concentrés sur le modèle de l'ilogramme pour vous donner un exemple de la façon dont ces options pourraient fonctionner pour les aînés.

CMHC has worked with several municipalities, and the graphic you have in the deck that we provided to you shows one of the examples that was used by one of the municipalities in Canada. Presently, there are at least three or four municipalities pursuing development of this idea. This has taken a great effort, but we are moving along very well, and we hope in the end this will be a winner.

Senator Cordy: Are these models being implemented?

Mr. Rodriguez: Yes.

Senator Cordy: Where are they being implemented?

Mr. Rodriguez: I forget the name of the municipality north of Mississauga, but we can provide you with the information on the how we have promoted this model across municipalities. That will be something we can do for you.

Senator Keon: Thank you very much. This is truly a fascinating subject. It is very interesting that Ms. Sholzberg-Gray, as she usually does, raises the interface of the public and private sector in health care.

It is interesting, if we flip through the newspapers, they say if we are rich enough, when we get old, we can buy anything we want. We can make one move into one of these luxury developments, and we just move from floor to floor until we turn up our toes, right? Everything is provided.

We should not dismiss that, and we should not be sarcastic about it because it speaks to the genius of the private sector. It is a lot of money, but it does speak to the genius of the private sector. They simply rise above the great Canadian bureaucratic mosaic and build something like this and have it up and running in the course of a year.

The real challenge — and Mr. MacDonald pointed to it very effectively — is the 47 municipalities in Ontario. It seems in every socially related study we undertake in the Senate, the same situation happens. We hit such suffocating bureaucracy that we sort of want to fold up our papers and go home.

This subject, I feel, is one of the most complex of all. It would seem to me — and I would like you all to comment — that this whole area of seniors' care, whether it be in their own home, in a community facility or through building a special community, must get simplified. There may be a dozen options or fewer. If people such as you could look at — as Ms. Hall said — a few options, and then try to address this dilemma through these options.

Senator Carstairs will have to hone down some of these options before our final report comes out, but let me try to get you people one by one. Just go through what options you can look at. Forget for a minute that this may not be affordable at all;

La SCHL a travaillé avec plusieurs municipalités, et le graphique que vous avez dans la documentation que nous vous avons fournie donne l'un des exemples qui a été utilisé par une municipalité canadienne. Il y a à l'heure actuelle trois ou quatre municipalités qui sont en train de poursuivre cette idée. Cela a demandé un effort énorme, mais nous progressons très bien, et nous espérons que la chose va en bout de ligne déboucher.

Le sénateur Cordy : S'agit-il de modèles qui sont en train d'être mis en œuvre?

M. Rodriguez : Oui.

Le sénateur Cordy : Où les met-on en œuvre?

M. Rodriguez : J'oublie le nom de la municipalité au nord de Mississauga, mais nous pourrions vous fournir les renseignements quant à la façon dont nous avons fait la promotion de ce modèle auprès des municipalités. C'est là quelque chose que nous pourrions faire pour vous.

Le sénateur Keon : Merci beaucoup. C'est un sujet tout à fait fascinant. Il est très intéressant que Mme Sholzberg-Gray soulève, comme c'est son habitude, l'interface entre les secteurs public et privé en matière de soins de santé.

Il est intéressant de voir, lorsqu'on parcourt les journaux, qu'on y dit que si une personne est suffisamment riche dans sa vieillesse, alors elle peut acheter tout ce qu'elle veut. Elle peut s'installer dans un de ces projets immobiliers de luxe, et se déplacer d'un étage à l'autre en attendant que ses orteils se recroquevillent, n'est-ce pas? Tout est fourni.

Nous ne devrions pas rejeter cela ni être sarcastiques en la matière, car cela témoigne du génie du secteur privé. C'est beaucoup d'argent, mais cela en dit long sur le génie du secteur privé. Celui-ci s'élève tout simplement au-dessus de la grande mosaïque bureaucratique canadienne et construit quelque chose comme cela et cela tourne au bout d'un an.

Le vrai défi — et M. MacDonald en a très efficacement fait état — ce sont les 47 municipalités de l'Ontario. Il semble que la même chose arrive avec chaque étude à connotation sociale que nous entreprenons au Sénat. Nous nous affrontons à une bureaucratie si suffocante que cela nous donne presque envie de ramasser nos cliques et nos claques et de rentrer chez nous.

Cette question, pour moi, est sans doute l'une des plus complexes qui soient. Il me semble — et j'aimerais que vous tous répondiez — que toute cette question des soins aux aînés, que ce soit chez eux, dans un établissement communautaire ou dans une communauté spéciale que l'on construirait, doit être simplifiée. Il doit exister une douzaine d'options ou moins. Si des gens comme vous pouviez examiner — comme l'a dit Mme Hall — quelques options, vous pourriez ensuite essayer de résoudre ce dilemme au moyen de ces options.

Le sénateur Carstairs devra cerner certaines de ces options avant que ne sorte notre rapport final, mais j'aimerais bien que vous réagissiez les uns après les autres. Parcourez simplement quelles options vous pourriez envisager. Oubliez un instant que la

just talk about what is out there, and then someone can sharpen the pencil and come in with what is affordable.

How can we take care of our seniors, from a housing point of view?

Mr. Hollander: I would basically reiterate some of the points made in my presentation.

We completed a study a few years ago looking at systems of service delivery across the country for people with ongoing care needs, and we found a couple of areas that were fairly interesting. We found that they obviously had need for care on an ongoing basis, so there was a commonality there. We found that, in fact, the services they used were also very similar, so the response was similar.

We found exactly what you are alluding to, which is that there are gaps in service and different policies. To the extent that the various components of services that are appropriate to seniors are seen as separate, we will continue to have the types of issues and problems that have been alluded to because there are issues of eligibility. They may differ, and there may be co-payment issues that are different, for example.

The point that I am trying to argue for is that sometimes the whole can be greater or more efficient than the sum of the parts by having a broad mandate with administrative and fiscal authority for a range of services for seniors. We cannot cover everything. We need to make appropriate linkages with hospitals, primary care physicians and the housing sector.

However, we can have a system of care with a broad community base and a wide range of services that are also integrated horizontally and vertically; that is, the system includes community-based services, long-term care facilities and perhaps some specialty services and geriatric centres. We have had these systems in Canada before, and they have worked reasonably well.

By doing so, you can provide more seamless care because they are all part of the same system. If someone needs the use of an adult daycare centre, a home support service or a nursing service, those would all be managed through a process of case management or care coordination. Similarly, if a senior needs to go from the community to a hospital to a long-term care facility, back to the hospital and so on, these are difficult and important events in seniors' lives, and they can be made much easier with appropriate care coordination.

chose pourrait ne pas du tout être abordable. Parlons simplement de ce qui existe, puis quelqu'un pourra aiguïser son crayon et en arriver à quelque chose d'abordable.

Comment pouvons-nous nous occuper de nos aînés sur le plan du logement?

M. Hollander : Je reprendrais en gros certains des points que j'ai soulevés dans ma déclaration.

Nous avons, il y a quelques années, effectué une étude des systèmes de prestation de services à l'échelle du pays destinées aux personnes ayant des besoins de soins continus, et avons constaté une ou deux choses qui étaient plutôt intéressantes. Nous avons relevé le fait que ces personnes avaient clairement besoin de soins de façon continue, et c'était donc là un élément commun. Nous avons appris, en fait, que les services utilisés étaient eux aussi très semblables, et la réaction était donc semblable.

Nous avons relevé exactement ce que vous avez évoqué, soit qu'il y a un décalage au niveau des services ainsi que des politiques différentes. Dans la mesure où les différentes composantes des services qui sont appropriés pour les aînés sont perçues comme étant distinctes, nous continuerons d'avoir les genres de préoccupations et de problèmes qui ont été évoqués du fait des questions d'admissibilité. Il peut y avoir divergence et il peut y avoir des questions de participation financière différente, par exemple.

Le point de vue que je m'efforce de défendre est que le tout peut parfois être plus grand ou plus efficace que la somme des parties, s'il y a un mandat large prévoyant des responsabilités administratives et financières pour toute une gamme de services destinés aux aînés. Nous ne pouvons pas tout couvrir. Il nous faut établir les liens appropriés avec les hôpitaux, les médecins de premier recours et le secteur du logement.

Cependant, nous pouvons avoir un régime de santé avec une large base communautaire et une vaste gamme de services qui soient également intégrés horizontalement et verticalement; en d'autres termes, le système doit englober les services communautaires, les établissements de soins à long terme et peut-être certains services spécialisés et centres gériatriques. Nous avons déjà eu au Canada de tels systèmes, et ils ont assez bien fonctionné.

Ce faisant, vous pouvez assurer des soins plus harmonisés du fait qu'ils s'inscrivent tous dans le même système. Si une personne a besoin d'un centre de garde de jour pour adultes, d'un service de soutien à domicile ou d'un service infirmier, alors tout cela serait géré par le biais d'un processus de gestion de cas ou de coordination de soins. De la même façon, si un aîné doit se rendre de sa communauté à un hôpital puis à un établissement de soins de longue durée pour retourner à l'hôpital et ainsi de suite, ce sont là des événements difficiles et importants dans la vie de la personne âgée, mais ils peuvent être rendus plus faciles avec une coordination adéquate des soins.

If we have a broad system with good care coordination, we will not completely reduce some of these problems, but certainly our experience is that they can be mitigated considerably. In addition, because we have this broader system, we are able to make policy and financial choices to, in fact, increase efficiencies.

For example, in the early 1980s, we had a severe recession in British Columbia, and the government revenues were simply not there. Once the situation improved, we developed a planning and resource allocation model. The point of this is that what we did, either through necessity or design, was to hold back bed construction and reinvest the funds in the community. On a proportional basis, we were able to look after the same number of people in the mid-1980s as the mid-1990s but in a more effective manner because more of them were being cared for at home at a lower cost.

This is something we seem to have gotten away from in Canada for a variety of reasons. Fortunately, I have had some experience with that system in British Columbia, and I am familiar with similar systems across Canada. There was a lot of commonality between these systems in the late 1980s and early 1990s in Western Canada.

One of my ways of thinking about this is to figure out what population we want to serve, such as seniors or people with disabilities. What is the range of issues they have? Are they health issues, housing issues or social services issues? What is the problem, so to speak? That is, what do they need in order to basically meet the type of care requirements they have? Then we design a system that is responsive to all of that.

My approach would be to look at whether we can get better care and greater efficiencies in the system with some of these more integrated models or with the opportunity for people to discuss them in more depth.

The whole notion of these integrated care models does not seem to be on the policy agenda at the present time, and part of my presentation is to make the case that perhaps they should be.

Ms. Sholzberg-Gray: First, I agree with many of the points that Mr. Hollander put forward. I would like to go back to Dr. Keon's first remarks.

The magic of the private sector facilities that wealthy people can purchase services from is an interesting model, but you rightly said there is only a small percentage of people who can benefit from it. This committee is grappling with trying to serve the needs of the vast majority of people who cannot afford those services. While it seems magical, it is not that magical because most people cannot afford it.

Si nous avons un vaste système assorti d'une bonne coordination des soins, nous n'allons pas forcément régler tous ces problèmes, mais notre expérience nous dit certainement que ceux-ci peuvent être sensiblement amoindris. Par ailleurs, du fait d'être dotés d'un système plus vaste, nous pourrions opérer des choix politiques et financiers tels que nous pourrions en définitive augmenter les économies.

Par exemple, au début des années 1980, nous avons vécu en Colombie-Britannique une grave récession et les revenus gouvernementaux n'étaient tout simplement pas là. Une fois la situation améliorée, nous avons élaboré un modèle de planification et de distribution des ressources. L'important ici est que ce que nous avons fait, par nécessité ou par choix, a été de freiner la construction de lits et de réinvestir dans la collectivité. Sur une base proportionnelle, nous avons pu nous occuper du même nombre de personnes au milieu des années 1980 qu'au milieu des années 1990, mais nous l'avons fait de manière plus efficace car un plus grand nombre d'entre elles se faisaient soigner à la maison à moindre coût.

Il semble que ce soit là quelque chose que nous ayons abandonné au Canada, pour diverses raisons. Malheureusement, j'ai une certaine expérience de ce système en Colombie-Britannique, et je connais des systèmes semblables ailleurs au Canada. Il y avait beaucoup de ressemblances entre ces régimes à la fin des années 1980 et au début des années 1990 dans l'ouest du Canada.

L'une de mes façons de réfléchir à la situation est de déterminer quelle population nous voulons desservir, que ce soit les aînés ou les personnes ayant des déficiences. Quelle est la gamme de problèmes auxquels ces personnes se trouvent confrontées? S'agit-il de problèmes de santé, de problèmes de services sociaux? En gros, quel est le problème, si vous voulez? De quoi ces personnes ont-elles besoin sur le plan soins? Puis il s'agit d'élaborer un système qui fournisse une réponse à tout cela.

Mon approche serait de déterminer si nous pourrions assurer de meilleurs soins et une meilleure efficacité au sein du système avec certains de ces modèles plus intégrés ou en permettant aux gens d'en discuter plus en profondeur.

Toute la notion de ces modèles de soins intégrés ne semble pas figurer à l'heure actuelle au programme politique, et une partie de ma déclaration visait à dire que ce devrait peut-être le cas.

Mme Sholzberg-Gray : Premièrement, je suis d'accord avec M. Hollander sur nombre des points qu'il a mis de l'avant. J'aimerais revenir sur les premières remarques du Dr Keon.

La magie des établissements du secteur privé auprès desquels les personnes fortunées peuvent acheter des services est un modèle intéressant, mais vous avez dit, à juste titre, que ce n'est qu'un faible pourcentage des gens qui peuvent en bénéficier. Le comité s'efforce ici de servir les besoins de la très grande majorité des gens qui n'ont pas les moyens de se payer ces services. Bien que cela puisse sembler magique, ce n'est pas si magique que cela, car les gens ne disposent pas des moyens requis.

Let us look at what we can afford as a country and perhaps ways we can work together to accomplish those things. Certainly, integrated approaches to the whole continuing care side is one of them. I am looking here at the potential role of the federal government.

The federal government, until now, aside from its work through CMHC on housing, has really kept its nose out of continuing care. Remember, the Canada Health Act is acute-care based, but we know the linkages, and I do not need to repeat them.

That is why our association is actively promoting that the federal government enter this continuing care field. It is difficult at a time when people are trying to restrict the future use of spending power. Until that is accomplished, we will not grapple with the bookends in an appropriate way.

Therefore, we have recommended a federal contribution, starting with, for example, \$1 billion a year for a home community and long-term care program that would have certain pan-Canadian objectives. We would not want to micromanage what the provinces do, but the objectives should include integrated approaches to continuing care and an acknowledgment that some parts of this continuing care sector are health services. Health services need to be part of universal funding because they are part of our single payer system. A certain number of them are social services, and they can either have various co-payments associated with them or a social analysis of who ought to get them.

For instance, it is not possible that we can afford as a country to pay — even though it would be terrific — for everyone's housekeeping and snow removal services, which would improve health, just as we cannot buy everyone food in this country, which would also create a better health status. We have to have a social as well as a health analysis in this legislation, which holds out a carrot to provinces to participate in it.

Rather than micromanaging this new continuing care program, we ought to say we want to achieve these objectives: integration, the acknowledgement of social services and an array of one-stop shopping that must be available.

The federal government will have to go into it using the Social Union Framework Agreement, noting that six provinces not constituting necessarily the majority of the population is enough to move the program forward. There can be negotiations and discussions. Again, we need to acknowledge that each province has its own needs and stress general objectives. The idea of pan-Canadian objectives is not a bad approach, with some accountability to achieve those objectives without stating precisely how. Then we would have the array of programs that

Voyons ce que nous pouvons nous permettre financièrement comme pays et de quelle manière nous pourrions peut-être travailler ensemble pour réaliser ces choses. Certes, des approches intégrées pour tout le volet soins continus est une piste. Je songe ici au rôle potentiel du gouvernement fédéral.

Jusqu'ici, le gouvernement fédéral, exception faite de son travail en matière de logement par le biais de la SCHL, est vraiment resté à l'écart des soins continus. N'oubliez pas que la Loi canadienne sur la santé est axée sur les soins actifs, mais nous connaissons les liens qui existent, et il n'est nul besoin pour moi de les répéter.

Voilà pourquoi notre association fait activement la promotion d'un engagement par le gouvernement fédéral dans ce domaine des soins continus. Cela est difficile à une époque où les gens essaient de retreindre l'utilisation future du pouvoir de dépenser. Tant que ce pas n'aura pas été franchi, nous ne pourrions pas installer comme il se doit les supports requis.

Voilà pourquoi nous avons recommandé une contribution fédérale à commencer, par exemple, avec 1 milliard de dollars par an pour un programme de soins à domicile, communautaires et à long terme, qui serait assorti d'objectifs pancanadiens. Nous ne voudrions pas microgérer ce que font les provinces, mais les objectifs devraient englober des approches intégrées en matière de soins continus et une reconnaissance que certains éléments de ce secteur des soins continus sont des services de santé. Les services de santé doivent faire partie du financement universel car ils font partie de notre système de payeur unique. Un certain nombre d'entre eux sont des services sociaux, qui peuvent s'inscrire dans des régimes de contribution financière ou d'analyse sociale quant à ceux qui devraient en bénéficier.

Par exemple, il n'est pas possible pour nous, en tant que pays — même si ce serait formidable — de payer pour tous les services d'entretien ménager et de déneigement de tout le monde, ce qui améliorerait l'état de santé de tout ce monde, tout comme nous ne pouvons pas acheter pour tout le monde dans ce pays de la nourriture, ce qui, là aussi, améliorerait l'état de santé de tout le monde. Il nous faut avoir, dans le cadre de cette loi, une analyse sociale ainsi que sanitaire, ce qui constitue une carotte en vue de la participation des provinces.

Au lieu de microgérer ce nouveau programme de soins continus, nous devrions dire que nous voulons atteindre les objectifs que voici : intégration, reconnaissance des services sociaux et tout un éventail de services offerts par un guichet unique.

Le gouvernement fédéral devra s'y engager en recourant à l'Entente-cadre sur l'union sociale, en soulignant que six provinces, qui ne représentent pas forcément la majorité de la population, suffisent pour que le programme aille de l'avant. Il peut y avoir négociations et discussions. Encore une fois, il nous faut reconnaître que chaque province a ses propres besoins et souligner les objectifs généraux. L'idée d'objectifs pancanadiens n'est pas une mauvaise approche, avec une certaine reddition de comptes en vue de réaliser ces objectifs, sans expliciter comment.

some people get as a result of the social analysis and everybody gets as a result of a health analysis. That is one of our solutions.

Our association strongly supports the Canada Health Act. We have heard many people proposing massive continuing care investments by saying, "Let us put it all into the Canada Health Act." We are saying, "Let us not." Let us have this separate approach that acknowledges the difference between social services and health services and tries to use minimum resources to achieve the best health status for the best possible number of people.

Frankly, in most provinces of this country, there exist regional approaches to organizing ourselves. Many of the provinces group health and social services, so this is not impossible to achieve. There is that regional infrastructure.

In order to achieve access to roughly comparable services to all Canadians, the federal government will need to be involved. Some provinces will not want to take a directed approach. They will say, "Just give me the money, but do not tell me what to do with it." However, if we are simply providing broad program objectives, the provinces may opt in.

You will notice the 2004 First Ministers' Accord on Health Care Renewal contains an acute care home care program. One reason that it is not broader is due to the, correct, I believe, insistence on the part of the federal government that it ought to be first-dollar coverage because it is acute care replacement. However, if we only talk about that coverage, we will not get beyond that to the home support services that keep people aging in place. That is why that debate has to change.

That is the reason we have this type of proposal. We are actually proposing that more federal money be expended. We hope that because it will be expending money on this, things will be better allocated down the road. If we take care of the bookends, the acute care system will be more manageable. We consider this will be the way to go.

There is almost no health system in the world that has a publicly-funded health system that does not include non-acute services and pharmaceuticals in different ways. The time has come to do it, to provide an integrated approach to continuing care across the country.

I hope I am clear on this; we have written about it quite a bit. We do not want to micromanage; we want to be able to achieve common objectives in this country.

The Chair: Before we leave that and go to Senator Stratton, you have identified the fact that the 2004 First Ministers' Accord on Health Care Renewal did have a home care component, as did its predecessor, the 2003 First Ministers' Accord on Health Care

Nous pourrions alors avoir une gamme de programmes dont pourraient bénéficier certains, par suite d'une analyse sociale, et dont tout le monde bénéficierait par suite d'une analyse sanitaire. Voilà l'une de nos solutions.

Notre association appuie fermement la Loi canadienne sur la santé. Nous avons entendu de nombreux intervenants proposer un investissement massif dans les soins continus en disant : « Inscrivons le tout dans la Loi canadienne sur la santé ». Nous, nous disons : « Ne faisons pas cela ». Veillons à ce qu'il y ait une approche distincte qui reconnaisse la différence entre services sociaux et services de santé et qui tente d'utiliser des ressources minimales pour atteindre cet état de santé meilleur pour le plus grand nombre possible de personnes.

Franchement, dans la plupart des provinces du pays, il existe des approches régionales en matière d'organisation. La plupart des provinces regroupent services de santé et services sociaux, alors ce n'est pas impossible à réaliser. Il existe cette infrastructure régionale.

Il faudra, pour offrir un accès à des services plus ou moins comparables à tous les Canadiens, que le gouvernement fédéral intervienne. Certaines provinces ne voudront pas d'une approche directive. Elles diront : « Donnez-nous simplement l'argent, mais ne nous dites pas quoi en faire ». Cependant, si nous livrons simplement des objectifs de programme généraux, il se pourrait que les provinces y adhèrent.

Vous constaterez que l'Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé de 2004 renferme un programme de soins actifs à domicile. Une raison pour laquelle cela n'est pas plus large est que, sauf erreur de ma part, le gouvernement fédéral a insisté pour que ce soit une couverture au premier dollar, du fait qu'il s'agisse d'une solution de remplacement aux soins de courte durée. Cependant, si nous ne parlons que couverture, nous n'irons pas au-delà des services de soutien à domicile qui permettent aux gens de vieillir sur place. Voilà pourquoi ce débat doit changer.

C'est la raison pour laquelle nous avons ce type de proposition. Nous proposons en vérité que le fédéral dépense davantage d'argent. Nous espérons que, du fait qu'il y consacre de l'argent, les choses soient mieux distribuées au fil du temps. Si nous nous occupons des supports, le système de soins de courte durée sera plus gérable. Nous croyons que ce sera la voie de l'avenir.

Il n'existe dans le monde presque aucun régime de soins de santé public qui n'englobe pas, de diverses façons, services non actifs ainsi que médicaments. Le moment est venu d'aller de l'avant, d'assurer une approche intégrée aux soins continus à l'échelle du pays.

J'espère que je m'exprime clairement en la matière; nous avons abondamment écrit sur le sujet. Nous ne voulons pas microgérer; nous voulons être en mesure de réaliser dans ce pays des objectifs communs.

La présidente : Avant de passer à autre chose et de donner la parole au sénateur Stratton, vous avez souligné le fait que l'Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé de 2004 comportait une composante soins à domicile, tout

Renewal. My understanding is that very little was accomplished other than to deal with those acute care beds they wanted to free up. Therefore, if they could take the surgical patient off the surgical ward and put him or her at home and spend some home care for that particular person, then that was a good use of the service. What I understand both from you, Ms. Sholzberg-Gray, and from Mr. Hollander is that this is just a small component of the need for home care. A large group of aging people want to age in place but cannot do so if there is not a "basket" of home care services available to them. The accord did not seem to address this.

Ms. Sholzberg-Gray: We need to describe the basket, the objectives and note the differences between the social and health services so that we can find out where co-payments would be needed. I do not know if Mr. Hollander agrees with me about the co-payments. People often buy their own services in this area as well, but it can be agreed upon that the vast majority of Canadians cannot afford to buy those services. They require what the public system will support. We need to find a way to make our dollars stretch. That is why we need a social analysis as well as the health services that are universal.

Mr. Hollander: The tradition in Canada has been different in various jurisdictions. In some jurisdictions, people, with regard to the home support services and, in fact, residential services, may have means tests instead of just income test. A number of provinces have income tests, so co-payments are already in place in many jurisdictions. There are a few jurisdictions with no co-payments. However, given the realities, I have no objection to that. It is consistent with how we have operated in B.C.

I strongly support, first, the need for a renewed consciousness at the federal level of the need for integrated services that are targeted to particular populations, such as the elderly. How services are organized, statistics collected and so on: everything else flows from that. Second, if, in fact, this idea finds favour with this committee and the Government of Canada, then I also strongly agree with Ms. Sholzberg-Gray that the Social Union Framework Agreement may be an ideal model. We have not used it very much in Canada, but it could be a very good vehicle for federal-provincial collaboration in a new initiative with some federal leadership.

Let us not forget that the provinces are already delivering these systems. They have histories of providing care to the elderly with both health and social components. The infrastructure that is in place would benefit greatly from both policy and financial support; that would make a huge difference to the benefit of seniors.

comme son prédécesseur, l'Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé de 2003. D'après ce que je sais, très peu a été fait autrement que de s'occuper de ces lits pour soins actifs qu'on voulait libérer. En d'autres termes, si l'on pouvait sortir le patient opéré du service de chirurgie, pour le renvoyer chez lui en lui assurant certains soins à domicile, alors c'était une bonne utilisation du service. Ce que je comprends de vos propos à tous les deux, madame Sholzberg-Gray, et monsieur Hollander, est que ce n'est là qu'une toute petite composante des besoins en matière de soins à domicile. Un important groupe de personnes vieillissantes veulent vieillir sur place, mais ne le peuvent pas s'il n'y a pas à leur disposition un « panier » de services de soins à domicile. L'accord ne semblait pas aborder cet aspect.

Mme Sholzberg-Gray : Il nous faut décrire le panier, les objectifs et cerner les différences entre les services sociaux et les services de santé, ce de façon à déterminer où une participation financière par le patient s'imposerait. J'ignore si M. Hollander est d'accord avec moi en ce qui concerne la quote-part. Les gens achètent souvent leurs propres services dans ce domaine également, mais nous convenons que la grande majorité des Canadiens n'ont pas les moyens de s'acheter ces services. Ils requièrent ce que le système public peut appuyer. Il nous faut trouver le moyen de faire plus avec les dollars dont nous disposons. Voilà pourquoi il nous faut une analyse sociale en plus de services de santé qui soient universels.

M. Hollander : La tradition au Canada a été différente selon l'endroit. Dans certaines parties du pays, pour ce qui est des services de soutien à domicile et, en fait, des soins en établissement, il peut y avoir un critère de moyens et pas simplement un critère de revenu. Plusieurs provinces ont des critères de revenu, de telle sorte qu'un système de quote-part est déjà en place dans de nombreux endroits. Il y a en fait peu d'endroits où il n'y a pas de quote-part. Cependant, compte tenu de la réalité, je n'ai aucune objection en la matière. Cela cadre avec la façon dont nous avons fonctionné en Colombie-Britannique.

J'appuie fermement, pour commencer, la nécessité d'une prise de conscience renouvelée au niveau fédéral quant à la nécessité de services intégrés ciblant des populations particulières, notamment les aînés. Tout découle de la façon dont les services sont organisés, les statistiques compilées, et ainsi de suite. Deuxièmement, si, en fait, cette idée jouit d'un accueil favorable de la part du comité et du gouvernement du Canada, alors je me rangerai solidement du côté de Mme Sholzberg-Gray pour dire que l'Entente-cadre sur l'union sociale est peut-être un modèle idéal. Nous ne l'avons pas beaucoup utilisée au Canada, mais ce pourrait être un très bon véhicule pour la collaboration fédérale-provinciale dans le cadre d'une nouvelle initiative jouissant d'un certain leadership fédéral.

N'oublions pas que les provinces livrent déjà ces systèmes. Elles ont une histoire de prestation de soins aux aînés, pour les éléments tant sociaux que de santé. L'infrastructure qui est en place bénéficierait grandement d'un soutien tant politique que financier; cela aurait d'énormes ramifications pour ce qui est des avantages dont bénéficient les aînés.

Therefore, it is this consciousness about the need for such a system, and the mechanism to make it happen in Canada that I would agree would be the Social Union Framework Agreement.

Senator Stratton: Thank you. It has been quite an interesting presentation on all your parts.

The Standing Senate Committee on National Finance met last week concerning the Canadian Pension Plan, people's access to it and the ability of seniors to be aware of CPP.

The minister for seniors has put in place a program over the last year whereby they are trying to identify particulars and take it down to the local level. In other words, they actually send people from CPP into seniors' housing projects to educate people about available programs because many of them unaware. However, those numbers are diminishing as we progress through this.

I would be interested to hear from you about whether you feel we should be doing a similar case scenario for seniors. I have known family members, friends, et cetera, who are not aware of their options; they grow older, and their families do not know what their options are. You say that you can send letters and advertise, but that does not work necessarily. Therefore, how do you get to those seniors to tell them what is available to them by way of home care? How do you communicate directly with individuals? That is critical, and needs to take place.

Ms. Hall: I have thought about this a great deal because I feel this is a key issue. I was attracted to the idea of the high-profile, one-stop shop, identified as the place that seniors go with their inquiries, perhaps similar to an ombudsman office. In addition, a high-profile advertising campaign is needed — signs on the sides of buses, signs on those little placards inside buses, television spots and so on — advertising that this office exists with a 1-800 number, similar to the kids help line, for seniors to phone with any inquiries. That is really the only way to get this information out.

Frankly, the people who need it the most are not the active, engaged, involved seniors who show up at seniors centres and go to the presentations given by me about supportive housing. Those individuals would probably be able to find that information themselves in some other way. Therefore, in my opinion, placing information in newspapers, on the sides of buses, inside buses, on television in this very public way is how to go about it.

Ms. Sholzberg-Gray: That is the correct approach provided we have all the programs in place. I have a caution here: My association gets many calls from seniors who ask about their entitlements as residents of Ontario. I tell them that they are entitled to health care in hospitals and physician care; that they

Partant, ce sont cette prise de conscience quant à la nécessité d'un tel système et le mécanisme pour que la chose puisse se réaliser au Canada qui seraient l'expression, j'en conviens, de l'Entente-cadre sur l'union sociale.

Le sénateur Stratton : Merci. Vos exposés à vous tous ont été très intéressants.

Le Comité sénatorial permanent des finances nationales s'est réuni la semaine dernière pour se pencher sur le Régime de pensions du Canada, l'accès qu'y ont les gens et la capacité des aînés d'être au courant du RPC.

Le ministre responsable des aînés a au cours de l'année écoulée instauré un programme en vertu duquel on essaie d'identifier des éléments spécifiques pour ramener les choses au niveau local. En d'autres termes, on envoie véritablement des gens du RPC dans des ensembles de logements pour aînés pour y renseigner les gens au sujet des programmes disponibles, car nombre d'entre eux ne sont pas au courant. Cependant, ces chiffres diminuent au fil du temps.

Cela m'intéresserait de vous entendre dire si vous estimez que nous devrions mettre en œuvre un scénario semblable pour les aînés. J'ai connu des parents, amis et ainsi de suite qui ne sont pas au courant des options qui s'offrent à eux; ils vieillissent, et leurs familles ne sont pas au courant des options à leur disposition. Vous dites que vous pourriez envoyer des lettres et faire de la publicité, mais cela ne fonctionne pas nécessairement. En conséquence, comment pouvez-vous joindre ces aînés pour leur dire ce qui est à leur disposition sur le plan des soins à domicile? Comment communiquer directement avec les gens? Cela est essentiel et doit se faire.

Mme Hall : J'ai beaucoup réfléchi à cette question, car j'estime qu'elle est essentielle. J'ai été séduite par l'idée d'un guichet unique bien en vue, identifié comme étant l'endroit où aller avec les demandes d'aînés, quelque chose qui ressemblerait un petit peu à un bureau d'ombudsman. Il importerait par ailleurs que soit menée une vaste campagne publicitaire — avec panneaux publicitaires sur les autobus, affiches publicitaires à l'intérieur des autobus, spots à la télévision et ainsi de suite — annonçant qu'il existe tel bureau avec un n° 1-800, semblable aux lignes Jeunesse J'écoute, pour que les aînés puissent poser leurs questions par téléphone. C'est vraiment là la seule façon de diffuser ces renseignements.

Franchement, les personnes qui en ont le plus besoin ne sont pas les aînés actifs, engagés et intéressés, qui se présentent au centre pour personnes âgées et qui assistent aux présentations que je donne au sujet du logement en milieu de soutien. Ces gens-là seraient sans doute en mesure d'obtenir par eux-mêmes ces renseignements d'une autre façon. C'est pourquoi, selon moi, la meilleure façon de procéder est de fournir les renseignements dans les journaux, sur l'extérieur des autobus, à l'intérieur des autobus, et à la télévision, de façon très publique.

Mme Sholzberg-Gray : C'est là la bonne approche à condition que tous les programmes soient bien en place. J'aurais ici une mise en garde à faire : mon association reçoit de nombreux appels d'aînés qui demandent quels sont leurs droits en tant que résident de l'Ontario. Je leur dis qu'ils ont droit à des services de soins de

might wait a little longer than desired, but the entitlement is there. As to other entitlements, that is dependent upon the region in which they live. Perhaps the community care access centre in that area ran out of money; they will not get home support in that instance. Maybe they do not even have enough for their acute care replacement home care. If there is a consistent approach to CMHC across the country, seniors might be able to approach them about what is available and get some of the information on programs for home adaptation and such.

That is the type of answer I have to give. I do not know who this brilliant person is who would know for a fact what people would be entitled to. These programs are called entitlements in the United States. When I have heard people ask these types of questions, I have told them that I did not know; it is dependent on a number of factors. In the absence of any common objectives or objectives even for those types of services, that is one of our challenges; we are not 100 per cent sure of the facts.

Yes, there is a need for more information, but the more information and the more publicity, the more problems possible. I fear, for instance, that the CMHC program on adaptation and emergency repairs will only operate for another year — although maybe it will continue. If everybody who could use it knew about it, you probably would not have enough money for more than the first two weeks of any year. That is another issue; whether the resources are sufficient.

I am only putting that caveat there. We need more information, but we first have to know what we are informing people about.

Senator Stratton: Should not the senior have the right to know what is available regardless? I have a very dear old friend who is a loner. He lives by himself; he does not connect or click. How does that person get involved?

Although you do not know for sure what he is entitled to, there is still the problem of how you get to him. Right now, it is not happening. How do we develop a system to help that take place?

Mr. Rodriguez: I will give you some comments on what I have seen happen in communities. For example, in Lambton County, Ontario, seniors themselves developed a community centre. They shared with me that seniors are the best route to access senior services because they know each other in the community and talk to each other. Sometimes, it is possible to develop a network that reaches everyone in the community.

In this case, they developed a service centre where the services are provided by seniors themselves. They are people who have retired, who have been carpenters or electricians and so on, and

santé en milieu hospitalier et à des soins médicaux, qu'ils auront peut-être à attendre un peu plus longtemps qu'ils ne le souhaiteraient, mais qu'ils ont droit à ces services. Pour ce qui est de leurs autres droits, tout dépend de la région où ils vivent. Peut-être que le centre d'accès aux soins communautaires a épuisé ses fonds, auquel cas ces personnes ne bénéficieront pas de soutien à domicile. Peut-être qu'il n'y a même pas assez d'argent pour les soins à domicile en remplacement de soins actifs. S'il y avait à l'échelle du pays une approche uniforme en ce qui concerne la SCHL, les aînés pourraient peut-être aborder la Société pour se renseigner sur ce qui est disponible et obtenir des renseignements sur les programmes d'adaptation du domicile et ainsi de suite.

Voilà le genre de réponse qu'il me faut donner. J'ignore qui est cette personne brillante qui saurait parfaitement ce à quoi les gens auraient droit. Ces programmes s'appellent des « droits » aux États-Unis. Lorsque les gens me posent ce genre de questions, je leur dis que je ne sais pas; cela dépend de plusieurs facteurs. En l'absence d'objectifs communs, voire même d'objectifs, ne serait-ce que pour ces types de services, il s'agit là de l'un de nos défis; nous ne sommes pas certains à 100 p. 100 des faits.

Oui, les gens ont besoin de plus de renseignements, mais plus il y a de renseignements et de publicité, plus il y a des risques de problèmes. Ma crainte, par exemple, est que le programme de la SCHL en matière d'adaptation de domicile et de réparations d'urgence ne soit en place que pendant une année encore — bien qu'il puisse être maintenu. Si toutes les personnes pouvant en bénéficier étaient au courant de son existence, vous n'auriez sans doute plus d'argent dans la caisse au bout des deux premières semaines de l'année. C'est là une autre question encore : les ressources sont-elles suffisantes?

Je fais simplement cette mise en garde. Il nous faut plus de renseignements, mais il nous faut d'abord savoir ce sur quoi nous renseignons les gens.

Le sénateur Stratton : La personne âgée ne devrait-elle pas avoir le droit de savoir ce qui est disponible, peu importe le reste? J'ai un très cher et vieil ami qui est un grand solitaire. Il vit seul; il n'est ni câblé, ni connecté. Comment une telle personne peut-elle participer?

Même si vous ne savez pas de façon précise à quoi elle a droit, il demeure le problème de savoir comment la joindre. À l'heure actuelle, cela ne se fait pas. Comment faire pour mettre en place un système qui permette cette communication?

M. Rodriguez : Je vais vous parler un petit peu de ce que j'ai constaté dans certaines localités. Par exemple, dans le comté de Lambton, en Ontario, les aînés eux-mêmes ont créé un centre communautaire. Ils m'ont confié que les aînés sont le meilleur véhicule pour accéder aux services pour personnes âgées car ils se connaissent tous au sein de la collectivité et se parlent entre eux. Il est parfois possible de créer un réseau qui rejoint tout le monde au sein de la collectivité.

Dans le cas dont je vous parle, ils ont créé un centre de services où les services sont fournis par les aînés eux-mêmes. Ce sont des personnes à la retraite qui étaient autrefois menuisiers ou

they provide all types of services. It is affordable for the people in the community because the volunteers do the work themselves.

It is an opportunity for seniors to participate in a process and to make sure that all seniors in the community know what is available to them.

Senator Stratton: I still want to know how you get to that guy I was talking about.

Mr. MacDonald: I would like to comment on what Ms. Hall said, which is a very positive step. However, I see that as evolving, a work in motion. Hand in hand with that, we have two other components. One is that when seniors call whoever they call, that person has to have the information.

The Chair: They have to be at the end of the phone as well.

Mr. MacDonald: Yes, it is very difficult now, unless you have 11 fingers, to talk to somebody in real life. They have to be at the end of the phone and have that information.

The second component is the evolving part that I see. Right now, we have a situation where there is a myriad of information out there. It is very difficult sometimes to pull it all together. As part of that piece, in the long run, we should go back to that simplification idea, where we develop a national entity so that the information gets less complicated over time. When seniors call that person, they have to be able to tell them what they need to know whether they call from Alberta, Newfoundland or from my province of Prince Edward Island; that information should be relatively consistent wherever they are in the country. That is the problem we are having now.

Therefore, one part of the problem is accessing the information, and the second part of the problem is accessing the correct information. The third part is actually using that information, wherever one is in the country, to get whatever services are available. That is difficult also.

If we go back to what Professor Hall said, that is the ideal piece, but it is an evolving one. In order for that to work, it has to work hand in hand with simplifying the information over time in order for it to be accurate and consistent.

Ms. Hall: To making the information available is the first step to lead to this process that you are talking about.

Mr. MacDonald: Exactly; that is right.

Ms. Hall: It is probably true that a level of confusion exists among the people who theoretically are supposed to be providing the information. There is likely a lack of clarity among them about exactly what is available and what the different levels and chains are. That would need to be dealt with if there was a requirement to provide this information to people who were on

électriciens ou autres, et ils offrent quantité de services différents. Les services sont abordables pour les membres de la collectivité car les bénévoles font le travail eux-mêmes.

Cela offre aux aînés la possibilité de participer au processus et de veiller à ce que toutes les personnes âgées de la collectivité soient au courant de ce qui est à leur disposition.

Le sénateur Stratton : J'aimerais toujours savoir comment vous faites pour joindre ce type dont je vous parlais.

M. MacDonald : J'aimerais revenir sur ce qu'a dit Mme Hall, qui est un pas très positif. Cependant, j'y vois un processus en évolution, en mouvance. Et cela doit fonctionner main dans la main avec deux autres éléments. Un de ces éléments est que lorsqu'un aîné appelle tel ou tel intervenant, la personne doit avoir ces renseignements.

La présidente : Elle doit également être à l'autre bout du fil.

M. MacDonald : Oui, il est aujourd'hui très difficile, à moins d'avoir 11 doigts, de parler avec une personne en chair et en os. Il faut que cette personne soit à l'autre bout du fil et qu'elle possède les renseignements requis.

Le deuxième élément est la partie en évolution que je vois. À l'heure actuelle, nous avons une situation telle qu'il existe une multitude d'informations. Il est parfois très difficile de réunir tout cela. Dans ce contexte, à long terme, nous devrions revenir à cette idée de simplifier les choses, en créant une entité nationale telle que l'information devienne moins complexe au fil du temps. Lorsque les aînés appellent cette personne, il lui faut leur dire ce qu'ils ont besoin de savoir, qu'ils appellent depuis l'Alberta, Terre-Neuve ou ma province, l'Île-du-Prince-Édouard; tous ces renseignements devraient être plus ou moins les mêmes où que ces personnes se trouvent au pays. Voilà le problème que nous avons à l'heure actuelle.

En conséquence, une partie du problème est l'accès à l'information, et la deuxième partie du problème est l'accès aux bonnes informations. La troisième partie est en fait l'utilisation de cette information, où qu'on se trouve dans le pays, pour obtenir les services, quels qu'ils soient, qui sont disponibles. Cela aussi est difficile.

Pour revenir à ce que disait Mme Hall, c'est là le morceau qui est idéal, mais il s'agit d'une chose en évolution. Pour que cela fonctionne, il faut que cela aille de pair avec la simplification de l'information au fil du temps afin que celle-ci soit juste et uniforme à l'échelle du pays.

Mme Hall : Faire en sorte que l'information soit disponible est la première étape pour aboutir à ce processus dont vous parlez.

M. MacDonald : Exactement; c'est tout à fait cela.

Mme Hall : Il est sans doute vrai qu'il existe une certaine confusion chez les personnes qui, théoriquement, sont censées fournir l'information. Il y a sans doute chez elles un manque de clarté quant à ce qui est disponible et quant aux différents niveaux et circuits. Il importerait de régler ce problème s'il était exigé que ces renseignements soient fournis aux personnes à l'autre bout du

the other end of the phone. The difficult process of clarification will not take place without a prod; that is the way in which this process will flow.

[*Translation*]

Senator Chaput: I am making no announcement in saying that we have a multitude of associations, societies, committees and different levels of government that are concerned about the implications of aging, especially because of the health-related costs. Our committee is studying the implications of an aging population and is trying, with the help of the witnesses we welcome before us, to look at everything that is going on within this sector. I believe — and this is my personal opinion — that we sometimes devote so much energy to ensuring that we have programs aimed at reducing health care costs — programs for the elderly — that we neglect to look at the means used to inform these people about such programs.

I would like to use a typical case, that I am rather familiar with, and go over the last 15 years in the life of a couple in order to demonstrate the weaknesses of the system as it now exists. I will not be telling you anything that you do not already know at least as well if not better than myself. Let us take a couple in their eighties in the year 2007; they are aged 85 and 86 years respectively and they have a total annual income of approximately \$25,000. The gentleman comes from a rural environment — he was a farmer — and his wife stayed at home to raise their children; she therefore was never part of the labour force. They still live in their home and wish to remain there. With the help of their children, they were able to identify the programs they required in order to adapt their old home so as to make it accessible and safe. Then, one day, the wife broke her hip and suffered a stroke. When she returned home, she required home care. Some services were provided during the first months and they were sufficient because the children were lending a hand as well. In 2006, the roof of the house began to leak and had to be repaired. When I went to visit them, I asked the husband: “Was it expensive?” and his answer was: “Yes, \$5,000. I thought I would be reimbursed, but they refused.” I then asked: “Where will you get the money?” and he said: “Do not worry, we always manage to find money somewhere.”

The offers of credit cards that the elderly receive in the mail are absolutely unbelievable. There have been times when I have seen four different such offers on his table. I was wondering if he was going to take out another credit card or ask for a loan in order to cover the renovations. The protection of the elderly is a concern for me: who is there to protect them when at some point in their lives they become vulnerable, they do not have enough money and they make decisions that they perhaps would not have made when they were 65 years old?

There is also the matter of how these people who continue living at home get about, and this is very important for their continued independence.

Getting back to this couple that has an income of \$25,000, they live in a small rural community, and the husband still drives his car to go shopping, to go to the post office, to go to church, to go to the club, to go and see the doctor, 10 or 15 minutes away. This

fil. Le difficile processus de clarification ne viendra pas sans qu'il y ait une incitation; c'est ainsi que ce processus sera enclenché.

[*Français*]

Le sénateur Chaput : Je ne vous annonce rien en disant que nous avons une multitude d'associations, de sociétés, de comités et différents niveaux de gouvernement qui sont préoccupés par l'incidence du vieillissement, surtout à cause des coûts reliés au domaine de la santé. Notre comité se penche sur l'incidence du vieillissement et essaie de regarder, avec l'aide des témoins que nous recevons, tout ce qui se passe dans ce secteur. Je pense — et c'est mon opinion personnelle — que quelquefois, nous mettons tellement d'énergie à nous assurer d'avoir des programmes pour abaisser les coûts dans le domaine de la santé — des programmes pour les personnes âgées —, que nous négligeons de regarder les moyens utilisés pour leur communiquer ces programmes.

J'aimerais me servir d'un cas typique, que je connais assez bien, et repasser les derniers 15 ans de la vie d'un couple pour vous démontrer où sont les faiblesses du système en place. Je ne vous annonce rien, vous le savez déjà, autant sinon plus que moi. Prenons un couple de 85 ans en 2007; ils ont 85 ans et 86 ans et ils ont un revenu total d'environ 25 000 \$ par année. L'homme vient du milieu rural — il était fermier — et la dame restait à la maison pour élever les enfants; elle n'a donc jamais été sur le marché du travail. Ils veulent demeurer et ils demeurent toujours à la maison. Avec l'aide des enfants, ils ont pu identifier les programmes nécessaires pour modifier leur vieille maison afin de la rendre accessible et sécuritaire. Ensuite est arrivé un incident où la dame s'est cassée la hanche et elle a eu un accident cérébral. Lorsqu'elle est revenue à la maison, elle a eu besoin de soins à domicile. Certains services ont été donnés durant les premiers mois et c'était suffisant parce que leurs enfants les aidaient aussi. En 2006, le toit de la maison a coulé et ils ont dû le faire réparer. Lorsque je suis allée les visiter, j'ai demandé à l'homme : « Cela vous a coûté cher? » Il a dit : « Oui, 5000 \$. Je pensais être repayé, mais ils ont refusé. » J'ai alors demandé : « Où allez-vous prendre l'argent? » Il m'a dit : « Inquiète-toi pas, ça se trouve tout le temps. »

C'est incroyable de voir les offres de cartes de crédit que reçoivent les personnes âgées dans leur courrier. J'ai déjà vu quatre offres différentes sur sa table. Je me suis demandé s'il était pour prendre une autre carte de crédit ou s'il utiliserait un prêt pour renovations. La protection des personnes âgées me préoccupe; qui les protège lorsqu'à un moment donné, dans la vie, ils sont vulnérables, qu'ils n'ont pas suffisamment d'argent et qu'ils prennent peut-être des décisions qu'ils n'auraient peut-être pas prises lorsqu'ils avaient 65 ans?

Il y a également la question des déplacements de ces personnes, qui demeurent à la maison, qui est très importante afin qu'ils puissent garder leur indépendance.

Encore une fois, ce couple qui reçoit 25 000 \$, habite une petite communauté rurale, le monsieur conduit encore sa voiture pour faire ses courses, aller à la poste, à l'église, au club, voir le médecin, 10 à 15 minutes. Cela devient le réseau de vie. Cette

becomes a life network. The last time I went for a visit, he asked me why, given that senator Carstairs' committee was studying aging, we would not discuss an issue that is very specific to them, to 85 year olds, who still drive for their little daily errands, within a 10 or 15 minute radius, during daylight only — they do not drive in the dark because they do not see clearly enough — and as long as it is not in the middle of a snow storm? And even though they do not use their car very much, they still must pay automobile insurance like everybody else, and it costs them \$1,000, which is a lot for them.

Everyone probably knows of at least one similar case. I am wondering why we could not implement some policies, at whatever level, to ensure that these people, who truly wish to continue living at home, receive assistance where they really need it at this stage of their lives and not necessarily on the basis of programs. Because if things were simply to continue on like this, this couple will be able to die at home. This is a challenge I throw out to you.

Mr. Allard: There just might be a solution, at little cost. I am familiar with the research done by Mr. Hollander and other researchers who have been able to establish that the housing costs for an elderly person in a long term care facility are probably double what they would be if the person were allowed to stay at home as long as he or she were able to do so.

If, nationally, there were put in place an independence program for the elderly, that would allow them to provide for themselves in their home, without them having to be transferred to a long term care institution, it would be much more economical for the government, be it provincial or federal.

There already exists such a program for veterans — the Veterans Independence Program, or VIP — and I believe that a similar program aimed at Canada's seniors would be a good thing.

I also very much like the scenario that you described with regard to communicating with the elderly. We must be able to communicate with them in order to understand their problems and what solutions there are.

Senator Chaput: I find the idea of an ombudsman very interesting. The elderly become more vulnerable and if they need help, they will perhaps speak more freely to an ombudsman than to their children. It is not easy for a father to have to tell his children that he is just no longer able to cope.

Mr. Allard: I agree with that suggestion. The only problem I see is that there might be a proliferation of ombudsmen. If we could create an office of the ombudsman to overarch them, with a very clear legislative mandate giving them authority to carry out investigations, with junior ombudsmen working underneath the general umbrella, then these people would be able to carry out the necessary investigative work.

personne me demandait, la dernière fois que je l'ai visitée, pourquoi, puisque le comité du sénateur Carstairs se penche sur le vieillissement, ne discuterions-nous pas de quelque chose de spécifique pour eux, les personnes âgées de 85 ans, qui conduisent encore seulement pour effectuer leurs petits déplacements quotidiens, dans un rayon de 10 ou 15 minutes, le jour seulement — ils ne conduisent pas le soir parce qu'ils ne voient pas assez clair —, quand il n'y a pas de tempête? Et même s'ils n'utilisent pas beaucoup leur voiture, ils doivent quand même payer une assurance automobile comme tout le monde, qui leur coûte 1 000 \$, ce qui est beaucoup pour eux.

Tout le monde a probablement vu un cas comme celui-là. Je me demande comment on peut en arriver avec des politiques à un niveau quelconque pour s'assurer que ces gens, qui veulent vraiment demeurer à la maison, reçoivent de l'aide là où ils en ont réellement besoin à cette étape de leur vie et non nécessairement en fonction de programmes. Parce que si cela continue ainsi, ce couple pourra mourir à la maison. Je vous lance le défi.

M. Allard : Il existe peut-être une solution disponible à peu de frais. Je suis conscient des recherches faites par M. Hollander et d'autres chercheurs qui établissent que les frais d'hébergement pour les personnes âgées dans un établissement de soins de longue durée sont probablement le double que ce que cela coûterait de leur permettre de rester à la maison tant qu'ils en sont capables.

Si, à l'échelle nationale, on pouvait mettre en place un programme d'indépendance pour les personnes âgées, qui leur permettrait de subvenir à leurs besoins dans leur logement principal, sans avoir le besoin de les héberger dans des endroits de soins de longue durée, ce serait beaucoup plus économique pour le gouvernement, que ce soit aux niveaux provincial ou fédéral.

Il existe déjà un programme en place pour les anciens combattants — le PAAC, le programme pour l'autonomie des anciens combattants — et je pense qu'un programme semblable pour tous les aînés canadiens serait une bonne chose.

J'aime beaucoup aussi le scénario que vous avez décrit pour ce qui est de communiquer avec les personnes âgées. Il faut pouvoir communiquer avec eux afin que les gens comprennent leurs problèmes et quelles en sont les solutions.

Le sénateur Chaput : Je trouve la question d'un ombudsman très intéressante. Une personne âgée devient plus vulnérable et si elle a besoin d'aide, elle parlera peut-être plus librement à un ombudsman qu'à ses enfants. Ce n'est pas facile pour un père d'avoir à dire à ses enfants qu'il n'y arrive plus.

M. Allard : Je suis d'accord avec cette suggestion. Le seul problème que je vois c'est qu'il y a peut-être une prolifération d'ombudsmans. Si on pouvait créer un bureau de l'ombudsman pour les chapeauter, avec un mandat législatif très clair, qui leur donnerait le pouvoir de faire des investigations, avec des subalternes sous le chapeau principal, ces gens pourraient faire les enquêtes nécessaires.

When we study seniors' needs, our concern is not just with health-related matters; there are also their finances and federal subsidy programs, such as Old Age Security and the Canada Pension Plan. It would be logical that an Office of the Ombudsman be able to look into those things that have an impact on seniors.

[English]

The Chair: I will put a question concerning an issue that has become increasingly bothersome to me.

A number of people are aging who have been extremely independent all of their lives. They have lived on their own for the most part. They may have lived with families, and when the partner died and the children grew up, they continued along the same path. The children are very concerned because the parent is truly failing — mentally alert but physically significantly incapacitated. The children want to put the parent in a long-term care facility, but they meet with determined resistance from the parent.

How will we deal with those people? What is their right to personal autonomy? Can they insist on remaining in their homes even though those around them feel they need more care than is available to them? Will we protect their autonomy and allow them to remain in place if that is what they want to do, or will we, as a community, insist they move to a place where they can receive the help they need?

We are just beginning to look at this growing issue. Does anyone care to comment?

Ms. Sholzberg-Gray: First, it is clear that the vast majority of frail elderly who go into long-term care facilities have problems of dementia, which lead to placement in a facility because they are not in the best position to make decisions about their safety and care. Combinations of ailments occur when there is dementia, such as incontinence. People diagnosed with dementia cannot stay alone for 20 hours each day, assuming they can get assistance for four hours each day. However, there are not that many home care programs that will give four hours per day to maintain people's health. Rather, they will give one or two hours per day or a certain number of hours per week or month. Such people might have to be placed in care facilities to ensure their safety, but I would still try to give them the right to choose.

Then, there is the issue of these ongoing obligations on the elderlies' children; many work, raise their own children or have children in university. To make them take care of their elderly

Lorsqu'on examine les besoins des aînés, on n'est pas seulement concernés par des sujets comme la santé, mais aussi par les finances ou les programmes fédéraux en place pour les subventions, tels que la Sécurité de la vieillesse et le Régime de pensions du Canada. Il serait logique que le Bureau de l'ombudsman puisse examiner les choses qui ont des conséquences pour les personnes âgées.

[Traduction]

La présidente : Je vais poser une question au sujet d'une chose qui me préoccupe de plus en plus.

Des personnes qui ont été extrêmement indépendantes tout au long de leur vie sont en train de vieillir. Elles ont, pour la plupart, vécu de façon autonome. Elles ont peut-être vécu avec une famille, et lorsque le conjoint est mort et que les enfants sont partis, elles ont poursuivi le même chemin. Les enfants sont très inquiets car le parent commence vraiment à décliner — il est mentalement alerte, mais physiquement, il est très diminué. Les enfants veulent confier le parent à un établissement de soins de longue durée, mais le parent résiste avec détermination.

Qu'allons-nous faire pour ces gens? Quel est leur droit à une autonomie personnelle? Ces personnes peuvent-elles insister pour demeurer chez elles même si les membres de leur entourage estiment qu'elles ont besoin de plus de soins que ce qui est à leur disposition? Allons-nous protéger leur autonomie et leur permettre de demeurer chez elles si c'est ce qu'elles souhaitent, ou bien allons-nous, en tant que communauté, exiger qu'elles aillent s'installer dans un endroit où elles pourront recevoir l'aide dont elles ont besoin?

Nous commençons tout juste à nous pencher sur cette question, qui prend de plus en plus d'ampleur. L'un d'entre vous pourrait-il répondre?

Mme Sholzberg-Gray : Premièrement, il est clair que la grande majorité des aînés frêles qui vont dans des établissements de soins de longue durée souffrent de problèmes de démence, qui étaient à l'origine de leur placement en établissement, car ces personnes ne sont pas les mieux placées pour prendre des décisions relatives à leur sécurité et à leurs soins. Lorsqu'il y a démence, il se présente des combinaisons de problèmes différents, comme par exemple l'incontinence. Les personnes chez qui on diagnostique la démence ne peuvent pas rester seules chaque jour pendant 20 heures, à supposer qu'elles obtiennent de l'aide quatre heures par jour. Cependant, il n'existe pas tant de programmes de soins à domicile que cela qui offrent quatre heures par jour pour maintenir l'état de santé des bénéficiaires. La plupart de ces programmes prévoient plutôt une ou deux heures par jour ou x heures par semaine ou par mois. Il faudra peut-être que ces personnes soient renvoyées dans des établissements de soins pour assurer leur sécurité, mais j'essaierais néanmoins de leur accorder le droit de choisir.

Puis, il y a la question de ces obligations continues pour les enfants des aînés. Nombre d'entre eux travaillent, élèvent leurs propres enfants ou ont des enfants à l'université. Les obliger à

parent by buying the groceries, changing the bedding, doing the laundry and many other chores places an unfair burden on them.

However, many children in this country do just that. The number of hours that family caregivers provide is unbelievable. The health system could never afford to compensate them for those hours. However, they can afford to and must give these family caregivers some relief in the form of very flexible respite. We cannot tell people, when they are in an urgent situation, that four months from now they might be able to find a way of getting help for their parents. Programs have to be flexible because someone might need the help sooner rather than later. Flexibility will be an important element of those programs.

If federal money is to fund any such programs one day soon, then one of the objectives with home, community and long-term care ought to be that as long as the total cost is less than the cost to the government of a long-term care facility, then people ought to have the right to remain independent.

It would be very difficult for people to say that they have the right to live independently in their homes even if it cost \$10,000 per month — unless, of course, if they have that amount of money per month. A good rule of thumb to follow would be that the cost has to be cheaper to remain in the home than to enter a long-term care facility. However, dignity, choice and independence ought to be values incorporated into any legislation. However, how to fund it without placing unbelievable burdens on families needs to be addressed.

Mr. Hollander: My point is that in some ways the system is the solution. If we have separate budgets and administrations for the home care program and the residential care program, we are stuck with the available resources. If we combine them into a broader system, we can make trade-offs.

Some jurisdictions have a rule of thumb — I do not believe it is a formal policy — that is consistent with Ms. Sholzberg-Gray's comments. That is, try to keep patients in the home as long as it does not cost more than in a facility.

When I was responsible for the continuing care system in British Columbia in the mid-1980s, that was an approach we used. We had budget constraints and could not provide everything. However, dependent upon compassionate grounds, we sometimes even exceeded that rate.

Creating greater efficiencies and getting better value for money are significant points. If we can get better value for money, we then have excess funds that could be used for the type of

assumer les soins pour leurs parents âgés en faisant les courses d'alimentation, en changeant la literie, en faisant la lessive et de nombreuses autres tâches ménagères leur impose un fardeau injuste.

Or, c'est ce que font de nombreux enfants dans ce pays. Le nombre d'heures que consacrent à des parents des soignants membres de la famille est incroyable. Le système de soins de santé n'aurait jamais les moyens de les payer pour ces heures. Cependant, le système de soins de santé a les moyens d'offrir à ces soignants familiaux un certain secours, sous forme de répit très flexible, et il doit le faire. Nous ne pouvons pas dire aux gens, lorsqu'ils se trouvent en situation d'urgence, que l'on pourra peut-être trouver un moyen d'obtenir de l'aide pour leurs parents d'ici à quatre mois. Les programmes doivent être flexibles, car une personne peut avoir besoin d'aide plutôt plus tôt que plus tard. La flexibilité sera un élément important de ces programmes.

Si des crédits fédéraux vont financer prochainement des programmes du genre, alors l'un des objectifs en matière de soins à domicile, communautaires et à long terme doit être que, tant et aussi longtemps que le coût total engendré est inférieur au coût pour le gouvernement du renvoi en établissement de soins de longue durée, alors la personne devrait avoir le droit de demeurer indépendante.

Il serait très difficile pour les gens de dire qu'ils ont le droit de vivre de façon indépendante chez eux même si cela coûtait 10 000 \$ par mois — à moins, bien sûr, qu'ils ne disposent chaque mois d'un tel montant d'argent. Une bonne règle pratique à suivre serait qu'il faille que le coût pour demeurer chez soi soit inférieur au coût du renvoi dans un établissement de soins de longue durée. Cependant, la dignité, le choix et l'indépendance sont des valeurs qui devraient être intégrées dans toute loi. Il importe néanmoins de trouver le moyen de financer cela sans imposer aux familles des fardeaux trop lourds.

M. Hollander : Mon propos est que le système constitue à certains égards la solution. Si nous avons des budgets et des administrations distincts pour le programme de soins à domicile et le programme de soins en établissement, alors nous sommes limités par les ressources disponibles. Or, si nous les combinons à l'intérieur d'un système plus large, alors nous pourrions faire des compromis.

Certaines autorités ont une règle pratique — je ne pense pas qu'il s'agisse d'une politique formelle — qui cadre avec les commentaires de Mme Sholzberg-Gray. En d'autres termes, elles essaient de maintenir les patients chez eux tant que cela ne coûte pas plus cher que le renvoi en établissement.

Lorsque j'étais responsable du régime de soins continus en Colombie-Britannique au milieu des années 1980, c'était cette approche que nous suivions. Nous avions des contraintes budgétaires et nous ne pouvions pas tout couvrir. Cependant, lorsque intervenaient des raisons de compassion, alors nous dépassions parfois le taux.

La création d'économies et l'optimisation des ressources sont des éléments importants. Avec une meilleure optimisation des ressources, alors nous dégageons des fonds excédentaires pouvant

circumstances that have been described. For example, in the case outlined, there may be additional money for respite or additional home care.

That is not to argue against getting a larger pot of money to start. However, we are in a better position if we understand the needs of seniors, have taken the steps possible to make the system of care provision as efficient as possible and can demonstrate that. Then we have a stronger argument for additional funds. However, if we continue to have splintered systems, we are locked into splintered budgets, and we cannot make the trade-offs possible in a broader system.

Ms. Hall: We have been talking about the two poles — staying at home alone or institutionalized care. That institution, the nursing home, strikes terror into the hearts of everybody, young and old. I want to talk about this third mid-way approach of supportive housing, which I discussed.

When I talked to seniors during these consultations, they found the idea of supportive housing very compelling and attractive. This surprised me because the message I always hear is that seniors want to stay in their homes as long as possible. The roadblocks in their minds are over information and affordability. They do not know how to find out about supportive housing, what is available and what it is really like. The cost is a big concern. They would say that if they own their own home, at least they know they can stay there and control the costs.

I am not surprised the homeowners were the group that were most comfortable with the idea of staying in their home until the last possible minute. Their fears include not being able to control the costs once they are in a supportive housing environment; doubt over whether they would be able to remain in this stable environment, which seems attractive today, for the rest of their lives; the possibility of increased rates; their own funds diminishing and where they go at that point. There is an appeal to remaining in their homes, where they have a higher degree of control over the situation.

That was a significant factor for them in not pursuing the supportive housing option. It reinforced my idea that the provision of sufficient numbers of affordable units to provide choice and regulations to deal with this issue of permissible cost increases was essential to making it a real option.

Senator Cordy: Ms. Sholzberg-Gray, I was interested in the challenges that you presented in your paper. I have heard four of them before in our health care report, and we have discussed them. However, the last one that Canadians are not free to move

être utilisés dans les genres de circonstances qui ont été décrites. Par exemple, dans le cas qui a été évoqué, il y aurait peut-être des fonds supplémentaires pour des soins de relève ou des soins à domicile supplémentaires.

Je ne veux pas dire par là qu'il ne faudrait pas qu'il y ait dans la caisse davantage d'argent au départ. Cependant, nous sommes mieux placés si nous comprenons les besoins des aînés, avons pris les mesures envisageables pour rendre le système de prestation de soins aussi efficient que possible, et pouvons en fournir la preuve. Nous sommes alors munis d'arguments plus solides en vue de l'obtention de fonds supplémentaires. Cependant, si nous continuons d'avoir des systèmes fragmentés, alors nous demeurons aux prises avec des budgets fragmentés, et nous nous trouvons dans l'impossibilité d'opérer les choix qui seraient possibles dans un système plus large.

Mme Hall : Nous avons discuté ici des deux pôles — demeurer seul chez soi ou vivre en établissement de soins. Cet établissement, cette maison de soins infirmiers, remplit d'effroi tout le monde, jeunes et vieux. J'aimerais parler de cette troisième approche intermédiaire, celle du logement en milieu de soutien, et dont j'ai traité.

Lorsque j'ai discuté avec des aînés dans le cadre de mes consultations, ils ont trouvé l'idée de logement en milieu de soutien très intéressante et séduisante. Cela m'a étonné, car le message que j'entends sans cesse est que les aînés veulent demeurer chez eux le plus longtemps possible. Les obstacles dans leur esprit concernent l'information et l'abordabilité. Ils ne savent pas comment s'y prendre pour se renseigner au sujet des logements-services, de ce qui est disponible et de ce dont il s'agit véritablement. Le coût est une grosse préoccupation. Ils disent que s'ils possèdent leur propre maison, au moins ils savent qu'ils pourront y demeurer et contrôler les coûts.

Cela ne m'étonne pas que les propriétaires-occupants étaient le groupe de personnes qui étaient le plus à l'aise avec l'idée de demeurer chez elles jusqu'à la toute dernière minute. Comptent parmi leurs craintes celle de ne pas pouvoir contrôler les coûts une fois installées en logement en milieu de soutien; celle de ne peut-être pas être en mesure de demeurer dans cet environnement stable, qui leur apparaît attrayant aujourd'hui, jusqu'à la fin de leurs jours; la crainte d'augmentations des tarifs; la crainte que leurs propres fonds diminuent, auquel cas où aboutiront-elles? La possibilité de demeurer chez elles les rassure du fait qu'elles puissent alors exercer un plus grand contrôle sur la situation.

C'était là un facteur important qui jouait dans leur décision de ne pas poursuivre l'option du logement en milieu de soutien. Cela est venu renforcer mon idée que l'offre d'un nombre suffisant d'unités abordables afin qu'il y ait un choix, ainsi que des règlements en vue de contenir les augmentations de coûts possibles, sont essentiels pour qu'il s'agisse d'une option réelle.

Le sénateur Cordy : Madame Sholzberg-Gray, j'ai été intéressée par les défis que vous avez exposés dans votre mémoire. J'avais déjà entendu parler de quatre d'entre eux dans le cadre de nos travaux relatifs à notre rapport sur les soins de

to their location of choice for continuing care services hit me because you are absolutely right.

When I grew up, aunts and uncles lived in our neighbourhood or not too far away. Today, children are moving farther away. We often hear people of my age saying that they are staying in their homes now, but in a few years they might move to where their children are.

You seem to be saying if people have money, then they have portability. If they do not have money, then it is not very portable. Portability is one of the components of the Canada Health Act.

Would you explain this in more detail, please?

Ms. Sholzberg-Gray: First, I noted that the Canada Health Act applied to physicians and hospital services. Even then, there is a waiting period. We are covered because of our former province of residence. There is portability under the Canada Health Act.

Looking at the vast array of services that seniors might need, they are not Canada Health Act services. They would include home care programs, home support programs and residential care, such as facility-based long-term care. With those, they have to wait. The problem is that they are not necessarily able to wait. Different provinces have varying waiting periods, some for as long as one year. This means that if someone lives in a long-term care facility in Saskatchewan and wants to move to another province, they will get a shock because the co-payment in Saskatchewan might be considerably less than the co-payment in that other province. Until a couple of provincial governments lost or almost lost their election, the co-payments in some Atlantic provinces were \$4,000 or \$5,000 a month, until patients lost their homes and depleted of all their resources.

A province such as Ontario has means testing. Seniors cannot pay more than their combined OAS and GIS, plus they are given a comfort allowance to be able to afford it. The problem is whether they can wait for a year or can pay 100 per cent of the costs in a private place while they wait for that year; most cannot.

In our document on long-term care endorsed by the National Advisory Council on Aging, NACA, we recommended what we called reciprocity. We need to find a way of facilitating reciprocal arrangements between the provinces to take people from another province. For example, if Saskatchewan and Ontario wanted to make a deal, they would have reciprocal arrangements, and

santé, et nous en avons discuté. Cependant, le dernier, soit que les Canadiens ne sont pas libres de se déplacer et de s'installer là où ils veulent pour bénéficier de services de soins continus m'a frappée, car vous avez tout à fait raison.

Dans ma jeunesse, mes oncles et mes tantes habitaient le quartier ou en tout cas pas très loin de nous. Aujourd'hui, les enfants s'aventurent plus loin. On entend souvent les gens de mon âge dire qu'ils vont rester chez eux pour le moment mais que d'ici quelques années ils vont peut-être aller s'installer à proximité de leurs enfants.

Vous semblez dire que si les gens ont de l'argent, ils ont alors une certaine portabilité. S'ils n'ont pas de moyens, alors leur vie n'est pas très portable. La portabilité est l'un des éléments de la Loi canadienne sur la santé.

Pourriez-vous m'expliquer cela un petit peu plus dans le détail, s'il vous plaît?

Mme Sholzberg-Gray : Premièrement, j'ai souligné que la Loi canadienne sur la santé s'applique aux médecins et aux services en milieu hospitalier. Même là, il y a une période d'attente. Nous sommes couverts à cause de notre ancienne province de résidence. Il y a une portabilité en vertu de la Loi canadienne sur la santé.

Si l'on regarde la vaste gamme de services dont les aînés pourraient avoir besoin, ce ne sont pas tous des services qui sont couverts par la Loi canadienne sur la santé. Nous parlons de programmes de soins à domicile, des programmes de soutien à domicile et des soins en établissement, comme par exemple les soins en établissement de longue durée. Dans le cas de ces services, les gens doivent attendre. Le problème est qu'ils ne peuvent pas forcément se permettre d'attendre. Différentes provinces ont des délais d'attente différents, certains pouvant aller jusqu'à un an. Cela signifie que si une personne vit dans un établissement de soins de longue durée en Saskatchewan et veut aller s'installer dans une autre province, la personne va avoir un choc car la quote-part en Saskatchewan est peut-être sensiblement inférieure à la quote-part dans l'autre province. Jusqu'à ce qu'un ou deux gouvernements provinciaux perdent ou perdent presque le pouvoir, la quote-part dans certaines provinces de l'Atlantique s'élevait à 4 000 \$ ou 5 000 \$ par mois, jusqu'à ce que les patients perdent leur maison et épuisent toutes leurs ressources.

La province de l'Ontario applique un critère de moyens financiers. Les aînés ne peuvent pas dépenser plus que le total de leurs prestations de SV et de SRG, et on leur consent en même temps une allocation de menues dépenses afin qu'elles disposent de moyens suffisants. Le problème est de savoir si la personne peut attendre un an ou si elle peut payer 100 p. 100 des coûts dans un établissement privé pendant cette année d'attente; la plupart des gens ne le peuvent pas.

Dans notre document sur les soins à long terme, qui a été endossé par le Conseil consultatif national sur le troisième âge ou CCNTA, nous recommandons ce que nous appelons la réciprocité. Il nous faut trouver le moyen de faciliter des arrangements de réciprocité entre provinces pour que les gens puissent de déplacer d'une province à l'autre. Par exemple, si la

hopefully all the provinces would participate. Provinces are saying that they can make arrangements amongst each other; they meet together under the Council of the Federation.

We thought there could be reciprocal arrangements so that when children do not live in the same province as their parents, we could facilitate the parents living near them to create a support mechanism, which would reduce costs and enhance quality of life and health. We want to find a way to move that idea forward.

Senator Cordy: Has there been any discussion on your idea of reciprocity?

Ms. Sholzberg-Gray: Not at the government level. We were impressed that the NACA thought it was perfect and endorsed that, among other things. It should be there. If we had future federal funding for this continuing care continuum that we would like to see integrated, and if the provinces wanted to take the money, then one of the conditions would be reciprocity. This continuum includes the whole range of services from the housing options to long-term care to community support services to home care to all these things. In the end, that will actually save resources because of the help of family.

Senator Cordy: I agree, yes. Thank you.

Senator Keon: It is interesting that again today the questions of the Social Union Framework Agreement and integrated services come out. Ms. Sholzberg-Gray and I have been talking about integrated services for 30 years.

Ms. Sholzberg-Gray: I do not know that I am old enough for that, but yes, I believe we have.

Senator Keon: You were only in school.

Ms. Sholzberg-Gray: It may be 40 years.

Senator Keon: Mr. Allard and Mr. MacDonald, and maybe Professor Hall, the big problem with all of this is that we do not have the correct community entities in Canada to do the integration at the ground, to pull the stuff together and make it work at the local level on the ground. They can do it in Sweden and Britain because they have a simple sort of government structure. We have this tremendously complex system of government — federal-provincial-municipal. Some of our Native peoples also have their own government.

Can you think of any community entities that you thought worked best or that you have come across in conversation with your peers across the country that were able to pull together health, education, sanitation, housing and such to create a good environment for people?

Ms. Hall: There is a place in Maple Ridge, B.C.

Saskatchewan et l'Ontario voulaient négocier une entente, il y aurait des arrangements de réciprocité, et l'on pourrait espérer que toutes les provinces participeraient. Les provinces sont en train de dire qu'elles peuvent s'arranger entre elles, qu'elles se retrouvent à l'intérieur du Conseil de la fédération.

Nous avons pensé qu'il pourrait y avoir des arrangements de réciprocité de manière à ce que, lorsque les enfants ne vivent pas dans la même province que leurs parents, nous puissions faciliter l'établissement de leurs parents à proximité d'eux pour créer un mécanisme de soutien, ce qui réduirait les coûts et améliorerait leur qualité de vie et leur état de santé. Nous voulons trouver un moyen de faire avancer cette idée.

Le sénateur Cordy : Y a-t-il eu des discussions au sujet de votre idée de réciprocité?

Mme Sholzberg-Gray : Non, pas au niveau gouvernemental. Nous avons été impressionnés de constater que le CCNTA avait trouvé l'idée parfaite et l'avait appuyée, entre autres choses. Ce devrait exister. Si nous avions des fonds fédéraux futurs pour ce continuum de soins continus que nous aimerions voir intégrer, et si les provinces voulaient prendre cet argent, alors l'une des conditions serait la réciprocité. Ce continuum englobe toute la gamme des services, allant des options de logement aux soins à long terme en passant par les services de soutien communautaires et les soins à domicile. En bout de ligne, cela permettra réellement d'économiser des ressources du fait de l'aide de la famille.

Le sénateur Cordy : Oui, je suis d'accord. Merci.

Le sénateur Keon : Il est intéressant que ressortent encore une fois aujourd'hui les questions de l'Entente-cadre sur l'union sociale et des services intégrés. Mme Sholzberg-Gray et moi-même discutons des services intégrés depuis 30 ans.

Mme Sholzberg-Gray : Je ne sais pas si je suis suffisamment vieille pour dire cela, mais, oui, je crois que c'est le cas.

Le sénateur Keon : Vous étiez encore aux études.

Mme Sholzberg-Gray : Cela fait peut-être 40 ans.

Le sénateur Keon : Monsieur Allard et monsieur MacDonald, et peut-être madame Hall, le gros problème avec tout cela est que nous n'avons pas au Canada les entités communautaires appropriées pour faire l'intégration sur le terrain, pour réunir tous les morceaux et faire fonctionner les choses sur le terrain au niveau local. Ils y parviennent en Suède et en Grande-Bretagne parce qu'ils ont une structure gouvernementale plutôt simple. Nous, nous avons un régime politique extrêmement complexe — fédéral-provincial-municipal. Certains des peuples autochtones ont par ailleurs leur propre gouvernement.

Connaîtriez-vous une entité communautaire dont vous estimez qu'elle fonctionne bien, ou dont vous avez entendu parler lors d'échanges avec vos pairs d'un peu partout au pays et qui a pu réunir services de soins de santé, d'éducation, sanitaires et de logement et ainsi de suite pour créer un bon environnement pour les gens?

Mme Hall : Il y a quelque chose à Maple Ridge, en Colombie-Britannique.

Mr. MacDonald: The legion has an infrastructure of 1,700 branches across the country. Many of these branches are located in small communities, and others are located in large urban centres. They also have over 85 years of history in providing service to the community. An entity such as that often is what is necessary. Very often, when legion projects get started in an area, the legion is the catalyst. They do not generally make these projects work all by themselves. They start them, and other groups come in and everyone gets involved. Some of these facilities end up having menus of services, so we involve health care and the transportation people. We get bus routes changed to come to legion facilities. I am not advocating for a minute that the legion would be the ideal entity to do this, but I am saying that it is possible.

In Maple Ridge, a prime example, we have four facilities now, or three. One is an assisted living facility, another is a life lease facility, and we have an apartment facility. Everything is there so healthy seniors can move in, stay there and just move from one building to another to have their needs met. I believe there are ways to do that.

When we start development programs and policies we have to be wary of the tendency to oversimplify matters. I find that somewhere between how simple I feel it is and how complicated someone else thinks it is, is when we arrive at the reality. Generally, we develop policy the wrong way. We start at the top, make them work, and when we get to the ground, we find changes need to be made to make the policy work properly. We would be much more effective if we started with our policies from the 85-year-old man who is having trouble getting the roof on, understand those issues and work backwards.

At the end of the day, we will have developed policies that are meaningful and real because we have talked to the people who will be affected by these policies rather than adapting policies as we move down the line to the point that when we start administering them, they look nothing like what we intended.

When we begin policies, we have to look at ways to make those policies work in the community. It works for the legion. It will probably work for other organizations, too.

Mr. Allard: I look at Ms. Darke here. She is much younger than I am. A simple solution also would be to insist that the people who develop policies are then mandated to implement them.

Ms. Sholzberg-Gray: We should not forget about existing models. There is a regional model of care in most provinces now, and some of them are doing very well with integrated approaches

M. MacDonald : La Légion a une infrastructure de 1 700 filiales réparties dans le pays. Nombre de ces filiales sont installées dans de petites localités, d'autres se trouvant dans de grands centres urbains. Elles ont également 85 années d'histoire de prestation de services à la collectivité. C'est de ce genre d'entité que l'on a souvent besoin. Très souvent, lorsque des projets de la Légion sont lancés dans une région, c'est la Légion qui est le catalyseur. Ces projets ne sont pas généralement tels qu'ils puissent tourner tout seuls. La Légion les lance et d'autres groupes interviennent et tout le monde met la main à la pâte. Certains de ces établissements finissent par offrir tout un menu de services, et c'est ainsi que nous faisons intervenir les gens des soins de santé et des services de transport. Nous faisons modifier les circuits des autobus pour assurer la desserte des établissements de la Légion. Je ne prétends pas un seul instant que la Légion serait l'entité idéale pour s'occuper de cela, mais je dis que la chose est possible.

À Maple Ridge, l'exemple par excellence, nous avons maintenant quatre établissements, ou trois. Il y a un logement-services, il y a un établissement de logements à bail à vie et nous avons également un immeuble à appartements. Tout est en place pour que des aînés en bonne santé puissent s'y installer, y demeurer, puis passer d'un établissement à un autre selon l'évolution de leurs besoins. Je pense qu'il y a des moyens de faire cela.

Lorsque nous lançons des programmes et des politiques d'aménagement, il nous faut être très méfiants de la tendance de sursimplifier les choses. Je trouve que la réalité réside quelque part entre la mesure dans laquelle je considère une chose comme étant simple et la mesure dans laquelle quelqu'un d'autre la considère comme étant compliquée. De façon générale, nous élaborons les politiques de la mauvaise manière. Nous commençons en haut, faisons en sorte que la politique fonctionne, puis, lorsque nous arrivons à la base, nous constatons que des changements doivent être apportés pour que la politique fonctionne bien. Nous serions beaucoup plus efficaces si nos politiques avaient pour point de départ l'homme de 85 ans qui a du mal à faire poser son toit, si nous comprenions ces choses-là et travaillions à rebours.

En bout de ligne, nous aurons élaboré des politiques censées et concrètes car nous aurons discuté avec les personnes qui sont touchées par ces politiques, au lieu d'adapter ces dernières au fur et à mesure, jusqu'au point où, lorsque nous commençons à les administrer, elles ne ressemblent pas du tout à ce que nous avons prévu.

Lorsque nous élaborons des politiques, il nous faut faire en sorte de faire fonctionner ces politiques dans la communauté. Cela fonctionne pour la Légion. Cela fonctionnerait vraisemblablement pour d'autres organisations également.

M. Allard : Je regarde Mme Darke qui est assise ici. Elle est beaucoup plus jeune que moi. Une solution simple serait également d'insister pour que les gens qui élaborent les politiques soient alors chargés de les mettre en œuvre.

Mme Sholzberg-Gray : Il ne nous faut pas oublier les modèles existants. Il existe à l'heure actuelle dans la plupart des provinces un modèle régional de soins, et certains d'entre eux fonctionnent

to a variety of health and social services, so we could use those as a basis. Sometimes the integration, you are absolutely right, is more at the top than at the bottom, and that is our challenge. The purpose of regionalization is integration.

If I could put in an advertisement, our annual conference will take place in Saskatoon in June. The title of it is "Regionalization: Lessons Learned, Lessons Lost." Over a hundred proposals have been put in to share best practices for integrated approaches to health care. It seems that everywhere in this country something is being done really well. There are many wonderful experiments and ways of integration, and a number of those will be presented. I would caution everyone to look at the best practices everywhere to see if we can transfer the knowledge. We need to do some more sharing; we do not do enough of that.

The Chair: Thank you. I will end with one question. I hope can I get a "yes" or "no" answer. I suspect I cannot, but I will try.

One of the issues we have to grapple with, because it is a constitutional conundrum, is that some of these issues are provincially dominated and some of these issues are federally dominated. In this area, is there, in your view, a federal role in preparing us for the needs of an aging society and helping to coordinate programs? Not by directing those programs, however, because programs are usually directed best at the lowest possible level of the delivery of their care. Do you see, to provide this continuum of care, a need for a federal presence?

Mr. Hollander: I do see a role for the federal presence. Numerous initiatives have been initiated to provide additional funding for certain types of services. That is a role that the federal government often plays. Also, this notion of some form of arrangement with the provincial governments where there can be a working together, whether it be through the federal Social Union Framework Agreement or some other, is perhaps a vehicle for that.

This whole consciousness of how to organize the health care system in Canada is missing at the present time at the federal level, but exists at the provincial level because they are delivering services. What are the key components of it? I would make the argument that one key component is care for seniors and other people with ongoing care needs. We have hospital services for people who are acute; we have medical and primary care services for the broader population; we have public health services and so on. Right now, there seems to be a vacuum at the federal level in terms of this notion of care delivery for people with ongoing care needs.

très bien avec des approches intégrées pour toute une gamme de services sociaux et de santé, et nous pourrions donc nous en servir comme base. L'intégration se fait parfois, et vous avez tout à fait raison là-dessus, davantage en haut qu'en bas, et c'est là notre défi. L'objet de la régionalisation est l'intégration.

Si vous me permettez de faire un peu de promo, notre congrès annuel va avoir lieu à Saskatoon, en juin. Il a pour titre : « La régionalisation : Leçons apprises, leçons perdues ». L'on compte déjà plus de 100 propositions de partage de pratiques exemplaires en matière d'approches intégrées aux soins de santé. Il semble que partout au pays il y a quelque chose qui se fait vraiment très bien. Il y a de nombreuses merveilleuses expériences et méthodes d'intégration, et nombre d'entre elles seront présentées. J'encouragerais tout le monde à regarder les meilleures pratiques où qu'elles se trouvent, pour voir si nous ne pourrions pas transférer cette connaissance. Il nous faut faire plus de partage; nous n'en faisons pas assez.

La présidente : Merci. Je vais terminer avec une question. J'espère que vous pourrez me répondre par « oui » ou par « non ». J'ai bien l'impression que ce ne sera pas possible, mais je vais quand m'y essayer.

L'une des questions avec lesquelles nous nous débattons est que, du fait de notre constitution, certaines de ces questions sont dominées par les provinces tandis que d'autres sont dominées par le palier fédéral. Dans ce domaine-ci, y a-t-il, selon vous, un rôle fédéral quant aux mesures à prendre en prévision des besoins d'une société vieillissante et à la facilitation de la coordination des programmes? Non pas, cependant, en dirigeant ces programmes, car ceux-ci sont en règle générale le mieux dirigées par le niveau le plus proche de la prestation des soins. Entrevoyez-vous la nécessité d'une présence fédérale pour offrir ce continuum de soins?

M. Hollander : Je vois bel et bien un rôle pour la présence fédérale. De nombreuses initiatives ont été lancées pour assurer un financement supplémentaire pour certains types de services. Il s'agit là d'un rôle que joue souvent le gouvernement fédéral. D'autre part, cette idée d'un arrangement avec les gouvernements provinciaux leur permettant de travailler ensemble, que ce soit par le biais de l'Entente-cadre sur l'union sociale ou autre, serait peut-être un véhicule.

Toute la prise de conscience quant à la façon d'organiser le régime de soins de santé au Canada fait défaut à l'heure actuelle au niveau fédéral, mais existe au palier provincial, étant donné que ce sont les provinces qui offrent les services. Quelles en sont les composantes clés? Je dirais qu'un volet clé est celui des soins pour les aînés et des autres personnes ayant des besoins de soins continus. Nous avons des services en milieu hospitalier pour les personnes qui ont besoin de soins actifs; nous avons des services médicaux et de soins primaires pour la population dans son ensemble; nous avons des services de santé publique et ainsi de suite. À l'heure actuelle, il semble qu'il y ait un vide au niveau fédéral pour ce qui est de cette notion de prestation de soins aux personnes ayant des besoins de soins continus.

Simply getting the federal government and the provincial governments together to agree that this should be in fact seen as an important component of the Canadian health care system would be a significant contribution and may not even cost very much money; but that would be a first step. Once we agree on that, then we could enter into discussions about what would be the key elements or the core elements or the principles of something like this.

I do see a role. In fact, the federal government could play a significant role in a form of partnership with the provincial governments where a number of these initiatives are already happening and really facilitate and find ways of coming to agreement about how we can both provide the best possible care and do it in a way that is cost-effective.

Ms. Hall: From my own perspective, being concerned with regulation, I feel the federal government has a very powerful and positive role to play in the development of model policy and legislation. Of course, it is up to each province to determine how to implement legislation on this particular subject. Drawing some lessons from the American experience, that is a very positive role for the federal government to facilitate the exchange of information on that; if only to prevent this reinvention of the wheel that really seems to be happening at different levels and stages in different places, which seems very counterproductive.

Mr. Allard: Strictly as a not-for-profit provider of affordable housing, my comments will be probably linked to CMHC's role. I would like to emphasize that we get along very well with CMHC. We believe in cooperation and partnership. They have some very good programs. They have asked us recently to post a link to their best practices, and we intend to do that.

Ms. Darke talked about the flexibility that was introduced in their mortgage insurance in 2003. That flexibility was linked to a larger equity ratio for not-for-profit providers, which is more difficult in our cases. The federal government could provide basically a repayable loan in that context that would cover the equity gap required to get this mortgage insurance.

Ms. Sholzberg-Gray: I believe there is a federal role. It all would depend though on the philosophy of the government in power at the time. If the government feels there are watertight compartments with some issues under provincial jurisdiction and others under federal with no opportunity for joint activity, then that is a problem. I want to remind everyone though that the federal spending power is a constitutionally approved power — the Supreme Court. The federal government has the right to spend in areas of provincial jurisdiction. I am not suggesting the federal government ever impose it in the future on provinces, but it presents an opportunity to tell the provinces that they will provide money for a program if they will achieve certain pan-Canadian objectives that they all agree with because they believe it is good for everyone wherever they live in this country.

Obtenir simplement que les gouvernements fédéral et provinciaux conviennent ensemble que ce devrait en fait être là une composante importante du régime de soins de santé canadien serait une contribution importante et cela ne coûterait peut-être même pas beaucoup d'argent; ce serait en tout cas un premier pas. Une fois que nous nous serions mis d'accord là-dessus, alors nous pourrions entamer des discussions au sujet des éléments clés ou essentiels ou des principes sous-tendant la chose.

Je vois bel et bien un rôle. En fait, le gouvernement fédéral pourrait jouer un rôle important dans le cadre d'un partenariat avec les gouvernements provinciaux chez qui plusieurs de ces initiatives ont déjà été prises, ainsi qu'en facilitant leur réalisation et en trouvant des moyens d'en arriver à une entente sur la façon de pouvoir ensemble offrir les meilleurs soins possibles et d'y parvenir d'une façon économique.

Mme Hall : En ce qui me concerne, du fait que je m'intéresse à la réglementation, j'estime que le gouvernement fédéral a un rôle très puissant et positif à jouer dans l'élaboration de politiques et de lois modèles. Bien sûr, c'est à chaque province qu'il revient de déterminer la façon de mettre en œuvre des lois dans ce domaine précis. Tirant certaines leçons de l'expérience américaine, l'on peut dire qu'il y a un rôle très positif pour le gouvernement fédéral en vue de faciliter l'échange d'information, ne serait-ce que pour empêcher que l'on ait à réinventer la roue, comme cela semble être le cas à différents niveaux et à différents stades, selon l'endroit, ce qui semble être très contre-productif.

M. Allard : En tant, strictement, que fournisseur sans but lucratif de logements abordables, mes commentaires seront sans doute liés au rôle de la SCHL. J'aimerais souligner que nous nous entendons très bien avec la SCHL. Nous croyons en la collaboration et en l'importance du partenariat. La Société a un certain nombre de très bons programmes. Elle nous a récemment demandé d'afficher sur son site un lien à ses pratiques exemplaires, et nous comptons le faire.

Mme Darke a parlé de la flexibilité qui a été introduite dans l'assurance hypothèque de la SCHL en 2003. Cette flexibilité était liée à un ratio capitaux propres plus élevé pour les fournisseurs sans but lucratif, ce qui est plus difficile dans notre cas. Le gouvernement fédéral pourrait en fait offrir un prêt remboursable dans ce contexte pour combler la différence et faciliter l'obtention de cette assurance hypothèque.

Mme Sholzberg-Gray : Je pense qu'il y a un rôle fédéral. Tout dépendrait cependant de la philosophie du gouvernement au pouvoir. Si le gouvernement estime qu'il y a des compartiments tout à fait étanches dans le cas de certaines questions qui relèvent de la compétence des provinces et d'autres relevant du pouvoir fédéral, sans aucune possibilité d'activités conjointes, alors c'est là un problème. J'aimerais rappeler à tous, cependant, que le pouvoir de dépenser fédéral est un pouvoir qui est reconnu par la Constitution — la Cour suprême. Le gouvernement fédéral est autorisé à dépenser dans les domaines relevant de la compétence provinciale. Je ne suis pas en train de suggérer qu'il faille que le gouvernement fédéral impose cela à l'avenir aux provinces, mais cela lui offre la possibilité de dire aux provinces qu'il versera de l'argent au titre d'un programme si celui-ci permettra d'atteindre

They have done it for medicare, hospital and physician services, for CMHC and all other areas. One could ask why with an aging population, with the importance of seniors' health, programs and continuing care, why the federal government could not go to the provinces and say, "We would like to propose a new program. You do not have to go into it, but we would like you to. If you do, you will get this money; and, by the way, if you have programs that already comply with the current objectives, you will get it anyway because that is essentially the Social Union Framework Agreement." We feel this is so important for the provinces, and it is an area where we could use the federal spending power. Also, catastrophic pharmacare is another area.

I would say use the federal spending power together with the Social Union Framework Agreement, and if you do not take these steps, acute care costs will go up. Therefore, what is the point in not doing it? If we do not do it, this will harm the ability of our country to sustain the program on which we have already used the federal spending power.

The Chair: Thank you. I will not ask our last two guests. It is a bit of a conflict of interest for them. I do want to thank each of you for coming before us today. I hope that you will see some of your thoughts expressed in our final report.

The committee adjourned.

certaines objectifs pancanadiens sur lesquels tout le monde s'entend, du fait que ce serait une bonne chose pour tous les Canadiens, où qu'ils vivent au pays. Le gouvernement fédéral l'a fait pour l'assurance-maladie, les services médicaux et en milieu hospitalier, la SCHL, et d'autres choses encore. L'on pourrait se demander pourquoi, avec une population vieillissante, compte tenu de l'importance de la santé, des programmes et des soins continus des aînés, le gouvernement fédéral ne pourrait pas aller dire aux provinces : « Nous aimerions vous proposer un nouveau programme. Vous n'êtes pas tenues d'y participer, mais nous le souhaiterions. Si vous acceptez, vous obtiendrez cet argent; et, en passant, si vous avez déjà des programmes qui s'alignent sur les objectifs en question, vous toucherez l'argent de toute façon, car cela s'inscrit essentiellement dans l'Entente-cadre sur l'union sociale. » Nous sommes d'avis qu'il s'agit d'un domaine qui est très important pour les provinces et où le pouvoir de dépenser fédéral serait utile. L'assurance-médicaments onéreux serait encore un autre élément.

Ce que je dirais c'est ceci : utilisez le pouvoir de dépenser fédéral conjugué à l'Entente-cadre sur l'union sociale, et si vous ne prenez pas ces mesures, alors les coûts des soins actifs vont augmenter. Alors à quoi bon ne pas le faire? Si nous ne le faisons pas, cela nuira à la capacité de notre pays de maintenir le programme pour lequel nous avons déjà utilisé le pouvoir de dépenser fédéral.

La présidente : Merci. Je ne vais pas soumettre la question à nos deux derniers invités. Cela les placerait en quelque sorte dans une situation de conflit d'intérêts. Je tiens à remercier chacun d'entre vous d'être venu nous rencontrer ici aujourd'hui. J'espère que vous verrez certaines de vos idées reflétées dans notre rapport final.

La séance est levée.

Monday, December 10, 2007

Canada Mortgage and Housing Corporation:

Luis Rodriguez, Senior Researcher;
Debra Darke, Director, Community Development.

Canadian Healthcare Association:

Sharon Sholzberg-Gray, President and Chief Executive Officer.

The Royal Canadian Legion:

Pierre Allard, Director, Service Bureau;
David MacDonald, Consultant, Legion Housing Centre for
Excellence.

As individuals:

Marcus J. Hollander, President, Hollander Analytical Services Ltd.,
(by video conference).
Margaret Isabel Hall, Assistant Professor, Law Faculty, University
of British Columbia.

Le lundi 10 décembre 2007

Société canadienne d'hypothèques et de logement :

Luis Rodriguez, chercheur principal;
Debra Darke, directrice, Développement des collectivités.

Association canadienne des soins de santé :

Sharon Sholzberg-Gray, présidente et chef de la direction.

La Légion royale canadienne :

Pierre Allard, directeur, Bureau d'entraide;
David MacDonald, consultant, Centre d'excellence de logement de
la Légion.

À titre personnel :

Marcus J. Hollander, président, Hollander Analytical Services Ltd
(par vidéoconférence).
Margaret Isabel Hall, professeure adjointe, Faculté de droit,
Université de la Colombie-Britannique.



If undelivered, return COVER ONLY to:

Public Works and Government Services Canada –
Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*

Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

WITNESSES

Monday, December 3, 2007

Canadian Institute for Health Information:

Jean-Marie Berthelot, Vice-President, Programs;
Christopher Kuchciak, Program Leads, NHEX/OECD.

Canadian Centre for Policy Alternatives:

Marc Lee Senior Economist (by video conference).

As an individual:

Robert Evans, Professor of Economics, University of British
Columbia (by videoconference).

As an individual:

Joe Ruggeri, Professor, Department of Economics, University of
New Brunswick.

Public Health Agency of Canada:

Margaret Gillis, Director, Division of Aging and Seniors/Office of
Voluntary Sector.

(Continued on previous page)

TÉMOINS

Le lundi 3 décembre 2007

Institut canadien d'information sur la santé :

Jean-Marie Berthelot, vice-président, programmes;
Christopher Kuchciak, chef de section, BDDNS/OCDE.

Centre canadien de politique alternatives :

Marc Lee, économiste principal (par vidéoconférence).

À titre personnel :

Robert Evans, professeur d'économie, Université de la Colombie-
Britannique
(par vidéoconférence).

À titre personnel :

Joe Ruggeri, professeur, département d'économie, Université du
Nouveau-Brunswick.

Agence de la santé publique du Canada :

Margaret Gillis, directrice, Division du vieillissement et des aînés/
Bureau du secteur bénévole.

(Suite à la page précédente)