



Second Session  
Thirty-ninth Parliament, 2007-08

## SENATE OF CANADA

---

*Proceedings of the Special  
Senate Committee on*

# Aging

*Chair:*  
The Honourable SHARON CARSTAIRS, P.C.

---

Monday, January 28, 2008  
Monday, February 4, 2008

---

### Issue No. 3

**Fourth and fifth meetings on:**  
Special study on aging

---

WITNESSES:  
(See back cover)

Deuxième session de la  
trente-neuvième législature, 2007-2008

## SÉNAT DU CANADA

---

*Délibérations du Comité  
sénatorial spécial sur le*

# Vieillessement

*Présidente :*  
L'honorable SHARON CARSTAIRS, C.P.

---

Le lundi 28 janvier 2008  
Le lundi 4 février 2008

---

### Fascicule n° 3

**Quatrième et cinquième réunions concernant :**  
L'étude spéciale sur le 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	Keon
Cools	* LeBreton, P.C.
Cordy	(or Comeau)
* Hervieux-Payette, P.C.	Mercer
(or Tardif)	Stratton

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

\*Membres d'office

(Quorum 3)

**MINUTES OF PROCEEDINGS**

OTTAWA, Monday, January 28, 2008  
(5)

[*English*]

The Special Senate Committee on Aging met this day at 12:36 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, Cordy, Mercer and Stratton (5).

*In attendance:* Julie Cool, Analyst, 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 Automobile Association:*

David M. Munroe, Chair of the Board CAA National;

Christopher White, Vice-President, Public Affairs.

*Canadian Medical Association:*

Dr. Briane Scharfstein, Associate Secretary General, Professional Affairs.

*Lakehead University:*

Dr. Michel Bédard, Canada Research Chair in Aging and Health.

*The Rehabilitation Centre, Ottawa Hospital:*

Dr. Shawn Marshall, Associate Professor.

*Canadian Centre for Elder Law Studies:*

Laura Watts, National Director.

*Alzheimer Society of Nova Scotia:*

Jeanne Desveaux, President.

The chair made a statement.

Mr. Munroe, Dr. Scharfstein, Dr. Bédard and Dr. Marshall each made a presentation and, with Mr. White, answered questions.

At 2:10 p.m., the committee suspended.

At 2:16 p.m., the committee resumed.

Ms. Watts and Ms. Desveaux each made a presentation and answered questions.

**PROCÈS-VERBAUX**

OTTAWA, le lundi 28 janvier 2008  
(5)

[*Traduction*]

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 12 h 36, 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, Mercer et Stratton (5).

*Aussi présente :* Julie Cool, analyste, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

*Également présents :* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1<sup>er</sup> novembre 2007, le comité poursuit son examen des implications du vieillissement de la société au Canada. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 des délibérations du comité.*)

**TÉMOINS :***Association canadienne des automobilistes :*

David M. Munroe, président du conseil d'administration CAA National;

Christopher White, vice-président, Affaires publiques.

*Association médicale canadienne :*

Dr. Briane Scharfstein, secrétaire général associé, Affaires professionnelles.

*Université Lakehead :*

Dr. Michel Bédard, chaire de recherche du Canada en vieillissement et santé.

*Le centre de réadaptation, Hôpital d'Ottawa :*

Dr. Shawn Marshall, professeur associé.

*Canadian Centre for Elder Law Studies :*

Laura Watts, directrice nationale.

*Société Alzheimer de la Nouvelle-Écosse :*

Jeanne Desveaux, présidente.

La présidente fait une déclaration.

M. Munroe, le Dr. Scharfstein, le Dr. Bédard et le Dr. Marshall font chacun un exposé puis, aidés de M. White, répondent aux questions.

À 14 h 10, la séance est interrompue.

À 14 h 16, la séance reprend.

Mmes Watts et Desveaux font chacune un exposé puis répondent aux questions.

At 3:33 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

OTTAWA, Monday, February 4, 2008  
(6)

[English]

The Special Senate Committee on Aging met this day at 12:33 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, Cordy, Keon, Mercer and Stratton (6).

*In attendance:* Julie Cool, Analyst, 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:

*Correctional Services of Canada:*

Ross Toller, Assistant Commissioner, Correctional Operations and Programs;

Leslie MacLean, Assistant Commissioner, Health Services.

*Office of the Correctional Investigator:*

Ed McIsaac, Executive Director;

Howard Sapers, Correctional Investigator.

*Canadian Association of Elizabeth Fry Societies:*

Kim Pate, Executive Director.

*Insurance Bureau of Canada:*

Mark Yakabuski, President and Chief Executive Officer.

*Federation of Medical Regulatory Authorities of Canada:*

Fleur-Ange Lefebvre, Executive Director and Chief Executive Officer.

It was agreed that the chair be authorized to seek from the Senate an extension to the date of presenting its final report from March 31 to September 30, 2008, and that the committee retain all powers necessary to publicize its finding until 90 days after the tabling of the final report.

Mr. Toller, Ms. MacLean, Mr. Sapers and Ms. Pate each made a presentation and, with Mr. McIsaac, answered questions.

At 2:08 p.m., the committee suspended.

At 2:13 p.m., the committee resumed.

À 15 h 33, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, le lundi 4 février 2008  
(6)

[Traduction]

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 12 h 33, 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, Mercer et Stratton (6).

*Aussi présente :* Julie Cool, analyste, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

*Également présents :* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1<sup>er</sup> novembre 2007, le comité poursuit son examen des implications du vieillissement de la société au Canada. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 des délibérations du comité.*)

TÉMOINS :

*Service correctionnel du Canada :*

Ross Toller, commissaire adjoint, Opérations et programmes correctionnels;

Leslie MacLean, commissaire adjointe, Services de santé.

*Bureau de l'enquêteur correctionnel :*

Ed McIsaac, directeur exécutif;

Howard Sapers, enquêteur correctionnel.

*Association canadienne des Sociétés Elizabeth Fry :*

Kim Pate, directrice exécutive.

*Bureau d'assurances du Canada :*

Mark Yakabuski, président et chef de la direction.

*Fédération des ordres des médecins du Canada :*

Fleur-Ange Lefebvre, directrice générale et chef de la direction.

Il est convenu que la présidente soit autorisée à demander au Sénat la permission de reporter la date de présentation du rapport final du 31 mars au 30 septembre 2008, et que le comité conserve tous les pouvoirs nécessaires pour faire connaître ses conclusions jusqu'à 90 jours après le dépôt du rapport final.

M. Toller, Mme MacLean, M. Sapers et Mme Pate font chacun un exposé puis, aidés de M. McIsaac, répondent aux questions.

À 14 h 8, la séance est interrompue.

À 14 h 13, la séance reprend.

Mr. Yakabuski and Ms. Lefebvre each made a presentation and answered questions.

At 3:15 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

*ATTEST:*

M. Yakabuski et Mme Lefebvre font chacun un exposé puis répondent aux questions.

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

*ATTESTÉ :*

*La greffière du comité,*

Keli Hogan

*Clerk of the Committee*

## EVIDENCE

OTTAWA, Monday, January 28, 2008

The Special Senate Committee on Aging met this day at 12:36 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:** Honourable senators and guests, welcome to the Special Senate Committee on Aging which, as you know, is examining and reporting on the implications of an aging society in Canada.

We have with us today David Munroe from the Canadian Automobile Association; Dr. Briane Scharfstein from the Canadian Medical Association; Dr. Michel Bédard from Lakehead University; and from The Rehabilitation Centre, we have Dr. Shawn Marshall.

**David M. Munroe, Chair of the Board CAA National, Canadian Automobile Association:** Thank you, Madam Chair and honourable senators. On behalf of the Canadian Automobile Association, I am pleased to be here today. The committee is to be commended for its commitment to issues facing Canada's aging population, particularly as we experience significant demographic changes that will have a fundamental impact on us all.

From its inception in 1913, CAA has been an advocate for the rights of motorists and the traveling public. We continue to work with the federal government, our clubs and our stakeholder groups to ensure safer drivers on safer roads in safer vehicles. The theme of our presentation, "Safety and the Aging Driver," reflects this reality and the focus of the activities of the Canadian Automobile Association in the area of senior transportation and safety.

In Canada, we have the good fortune of being among the most mobile citizens in the world. In recent years, however, senior mobility has become increasingly central to the discussion of traffic safety and the CAA understands this better than most. Our association is intimately aware of the increasing average age of our membership which is no doubt partly because of the demographic trends in society in general. Due to the good work of the committee in its report, *Embracing the Challenge of Aging*, I will not spend time talking about the demographics of aging, but I would like to share a few of our key findings before moving on to the main points of my presentation.

In a recent online poll, the CAA found that of almost 300 respondents, 48.1 per cent indicated that they had their driver's licence for more than 40 years. The poll also found that 89.9 per cent of respondents felt that drivers should have a mandatory eye test when they reach a certain age. Similarly, 70.9 per cent of respondents felt drivers should have a mandatory medical exam at a certain age. While the poll is not statistically

## TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le lundi 28 janvier 2008

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 12 h 36, pour examiner les incidences du vieillissement de la société canadienne.

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

[*Traduction*]

**La présidente :** Chers collègues et invités, je vous souhaite la bienvenue au Comité sénatorial spécial sur le vieillissement qui, comme vous le savez, examine les incidences du vieillissement de la société canadienne.

Nous accueillons parmi nous aujourd'hui M. David Munroe, de l'Association canadienne des automobilistes; le Dr Briane Scharfstein, de l'Association médicale canadienne; Le Dr Michel Bédard, de l'Université Lakehead; et le Dr Shawn Marshall, du Centre de réadaptation.

**David M. Munro, président du conseil d'administration CAA national, Association canadienne des automobilistes :** Merci, madame la présidente et honorables sénateurs. C'est pour moi un plaisir de comparaître aujourd'hui, au nom de l'Association canadienne des automobilistes. Il faut féliciter le comité de son engagement à l'égard des enjeux qui concernent la population vieillissante du Canada, d'autant plus que nous observons une profonde évolution démographique qui aura des conséquences fondamentales pour nous tous.

Depuis ses débuts, en 1913, la CAA se porte à la défense des droits des automobilistes et des voyageurs. Elle continue de collaborer avec le gouvernement fédéral, ses clubs et d'autres protagonistes pour veiller à améliorer la sécurité des conducteurs, des routes et des véhicules. Le thème de l'exposé, « La sécurité et le conducteur âgé, » reflète cette réalité et il est au centre des activités de l'Association liées au transport et à la sécurité des aînés.

Les Canadiens ont la chance d'être parmi les plus mobiles de la planète. Depuis quelques années, cependant, la mobilité des aînés est de plus en plus au centre des débats sur la sécurité routière. Et la CAA le comprend mieux que la plupart des gens. Elle est tout à fait consciente du fait que ses membres avancent en âge, phénomène qui, en partie, reflète les tendances démographiques dans l'ensemble de la société. Étant donné les travaux dont le comité a fait état dans son rapport intitulé *Relever le défi du vieillissement*, je ne vais pas m'attarder aux données démographiques sur le vieillissement démographique, mais je voudrais tout de même dire un mot sur quelques-unes de nos principales constatations avant de passer aux éléments principaux de mon exposé.

Un sondage en ligne récent de la CAA a révélé que, sur près de 300 répondants, 48,1 p. 100 ont leur permis de conduire depuis plus de 40 ans et que 89,9 p. 100 estiment que les conducteurs devraient être soumis à un test obligatoire de vision lorsqu'ils atteignent un certain âge. De plus, 70,9 p. 100 des répondants sont d'avis que les conducteurs doivent subir un examen médical obligatoire lorsqu'ils arrivent à un certain âge. Ce sondage n'a

significant, it does provide context to the debate. Interestingly, it supports the data found in CAA's annual public opinion survey. In 2004, the most recent year for which data on aging drivers was gathered, a poll conducted for CAA by Earncliffe found that 95 per cent of Canadians felt that drivers should have mandatory eye testing at that magic, certain age. Eighty-eight per cent felt that drivers should have a mandatory road testing once they reach a certain age. In both cases, the vast majority believed testing to be appropriate at some juncture and CAA has found that issues such as mandatory testing for vision and driving are of most concern.

Additionally, when evaluating driver capacity in relation to age, it is important to take into consideration factors such as physical ability, driver skill and road conditions.

In addressing the issue of senior mobility, CAA focuses more on this broad range of factors and less on age. So while age alone does not determine one's ability to drive safely, the conditions that accompany age do affect our ability to drive. It is important therefore to remember that not everyone's skill declines in the same way or at the same rate, but that age-related factors such as changes in vision, diminished hearing and slower reaction times can create problems. It is for these reasons that CAA advocates a comprehensive approach to addressing the issue of safety and the aging driver.

I would like to focus on three points that are fundamental to this discussion. First, ensure a balance between an individual's need for mobility and the public's right to road safety. Second, build broad support for addressing the issue of aging drivers and third, address the government's role in ensuring mobility for seniors and road safety.

The first point reflects the underlying principle behind CAA's approach to this important issue. Driving is a privilege and not a right and as such there needs to be a balance between the individual's mobility and the public's right to expect a reasonable level of road safety. In terms of competency, CAA encourages provincial governments to implement uniform programs of periodic re-examination of all drivers, not just aged drivers. CAA further recommends that drivers be required to submit to periodic eye and physical examinations and to provide the results to a licensing authority.

CAA recognizes that the ability to drive is important to independence for many seniors. We acknowledge that seniors require mobility for access to medical appointments, volunteer work and for social reasons. To accommodate these situations where seniors are able to safely drive under certain circumstances — for example during daylight hours — CAA recommends that governments introduce conditional licences for drivers who have reduced physical abilities that will impact their

aucune valeur statistique, mais il situe le débat dans son contexte et, chose curieuse, confirme les données recueillies dans le sondage d'opinion que la CAA effectue tous les ans. En 2004, dernière année où des données ont été réunies au sujet des conducteurs âgés, un sondage réalisé par Earncliffe a montré que 95 p. 100 des Canadiens estiment que les conducteurs doivent se soumettre à des tests obligatoires de la vue lorsqu'ils atteignent un certain âge et que 88 p. 100 sont d'avis qu'un examen obligatoire sur la route s'impose également à un certain âge. Dans un cas comme dans l'autre, la vaste majorité des répondants sont d'avis qu'il est normal d'imposer un examen à un moment donné, et la CAA a remarqué que ce sont des questions comme l'examen obligatoire de la vue et des compétences des conducteurs qui préoccupent la très vaste majorité.

De plus, lorsqu'il s'agit d'évaluer les capacités du conducteur d'un certain âge, il importe de tenir compte de facteurs comme la capacité physique, l'adresse dans la conduite et l'état des routes.

Dans le dossier de la mobilité des aînés, la CAA met davantage l'accent sur ce large éventail de facteurs que sur l'âge seulement. L'âge n'est pas le seul facteur dont dépend la capacité de conduire en toute sécurité, mais les conditions qui accompagnent ce facteur ont une incidence sur cette capacité. Il importe donc de se rappeler que les compétences ne diminuent pas de la même façon ni au même rythme chez tous, mais que des facteurs liés au vieillissement, comme la diminution de l'acuité visuelle et auditive et la lenteur des réflexes, peuvent poser des problèmes. Voilà pourquoi la CAA préconise une approche globale de la question de la sécurité chez les conducteurs âgés.

Je vais donc parler aujourd'hui surtout de trois points qui sont cruciaux dans ce débat : premièrement, l'équilibre entre les besoins personnels sur le plan de la mobilité et le droit du public à la sécurité routière; deuxièmement, l'établissement d'un large appui pour s'attaquer à la question des conducteurs âgés; et troisièmement, le rôle du gouvernement à l'égard de la mobilité des aînés et de la sécurité routière.

Le premier point correspond au principe fondamental qui soutient l'approche de la CAA dans cet important dossier. La conduite automobile est un privilège et non un droit. Par conséquent, il faut ménager un bon équilibre entre la mobilité de la personne et le droit du public à une sécurité routière raisonnable. Pour ce qui est des compétences, la CAA exhorte les gouvernements provinciaux à appliquer des programmes uniformes de réexamen périodique pour tous les conducteurs. La CAA recommande également que les conducteurs soient tenus de se soumettre à des examens de la vue et médicaux périodiques et à communiquer les résultats aux autorités qui délivrent les permis de conduire.

La CAA est également consciente du fait que la capacité de conduire est un élément central de l'autonomie de nombreux aînés. Elle reconnaît qu'ils doivent pouvoir se déplacer pour diverses raisons — services médicaux, bénévolat, raisons sociales. Elle recommande, pour tenir compte des cas où les aînés peuvent conduire en toute sécurité dans certaines circonstances (par exemple, pendant le jour), que les gouvernements permettent d'accorder des permis assortis de conditions diverses pour les

driving skills. This would provide these individuals with the opportunity to continue driving with restrictions rather than losing their licences altogether.

This brings us to the second point: How can Canada build broad support to address the issue of aging drivers? To address this issue, CAA has developed an action plan to address proactively the challenges that face aging drivers and their families. Since 1993, we have helped senior drivers by providing assessment and screening tools, additional training and sources of supplemental transportation. Specifically, CAA offers mature driving courses, senior and mature drivers' comprehensive workshops, assessment tools and online evaluations and tips sheets for our members.

Despite these measures, it is important to recognize that building a broad-based support for solutions that will ensure mobility for seniors in Canada requires a larger cast. Governments, health professionals, public transit authorities, driver training facilities, auto manufacturers and family members also have a role to play.

CAA therefore supports a strategy that includes conditional licenses for drivers with reduced physical abilities, improvements to road and highway design, changes in vehicle design that make allowances for the needs of aging drivers, and education and tools on driver and road safety to assist drivers and their families in determining competence.

The third area I would like to speak to is the government's role in ensuring mobility for seniors and maintaining road safety in Canada. CAA supports a strategy that takes into account more than conditional licensing for drivers with reduced physical abilities. The government should also consider the broader picture, including improvements to road and highway design to take into account the needs of aging drivers. Although Canada is in the enviable position of having world-class roadways and public transit systems, they are deteriorating at a rate that will cause significant challenges for seniors. Congested and poorly maintained roadways do not provide drivers with the confidence needed to navigate them safely. This can present an added challenge for seniors who may face difficulties seeing road signs, irregular pavement markers and are intimidated by roads that are increasingly faster, larger and more congested.

While the primary responsibility for many of these initiatives lies with provincial governments, the federal government also has a role to play, which extends to more than its responsibility for roads that fall under federal jurisdiction. The federal government has a responsibility to ensure that national road and highway policies are improved with seniors in mind. This can be

conducted dont la limitation des capacités physiques a un effet sur leurs capacités de conduire. Ces personnes pourraient ainsi conduire en ayant un permis prévoyant des restrictions au lieu de perdre complètement leur permis.

Ce qui m'amène au deuxième point : Comment le Canada peut-il susciter un large appui pour s'attaquer à la question des conducteurs âgés? Pour s'attaquer à la question, la CAA a élaboré un plan d'action afin de relever de façon proactive les défis des conducteurs âgés et de leur famille. Depuis 1993, nous avons aidé les conducteurs âgés en leur proposant des outils d'évaluation et de contrôle, un complément de formation et des moyens de transport supplémentaires. Plus expressément, la CAA propose des cours pour les conducteurs d'âge mûr, des ateliers complets pour les conducteurs d'âge mûr et âgés, des moyens d'évaluation, des évaluations en direct et des conseils pour ses membres.

Il importe de reconnaître que, si on veut susciter un large appui pour garantir la mobilité des aînés au Canada, ces mesures ne suffisent pas. Les gouvernements, les professionnels de la santé, les autorités en matière de transport en commun, les services de formation des conducteurs, les fabricants d'automobiles et les membres des familles ont également un rôle à jouer.

La CAA est donc en faveur d'une stratégie qui prévoit des permis assortis de restrictions pour les conducteurs dont les aptitudes physiques sont réduites, des améliorations de la conception des routes pour tenir compte des besoins des conducteurs âgés, des modifications de la conception des véhicules pour répondre aux besoins de ces conducteurs, de l'information et des outils concernant la sécurité des conducteurs et la sécurité routière pour aider les conducteurs âgés et leur famille à évaluer les compétences en matière de conduite.

Le troisième point que je voudrais aborder est le rôle du gouvernement à l'égard de la mobilité des aînés et de la sécurité routière au Canada. La CAA appuie une stratégie qui ne se limite pas aux permis assortis de restrictions pour les conducteurs aux capacités physiques réduites. En effet, le gouvernement devrait également tenir compte d'un contexte plus vaste, et notamment de facteurs comme les améliorations à apporter à la conception des routes pour répondre aux besoins des conducteurs âgés. Certes, la situation du Canada est enviable, car il est doté d'un réseau routier et de systèmes de transport en commun de calibre mondial, mais ils se dégradent à un rythme tel qu'ils présenteront des difficultés non négligeables pour les conducteurs âgés. Les routes congestionnées et mal entretenues ne donnent pas aux conducteurs la confiance voulue pour y circuler en toute sécurité. Cela peut présenter des difficultés de surcroît pour les aînés, qui peuvent avoir du mal à distinguer la signalisation routière et les indications d'irrégularités dans la chaussée, et qui sont intimidés par des routes plus rapides, plus importantes et plus congestionnées que celles où ils ont appris à conduire.

Bien que la responsabilité première à l'égard de nombre de ces initiatives revienne aux provinces, le gouvernement fédéral a également un rôle à jouer. Et cela dépasse sa seule responsabilité à l'égard des routes de ressort fédéral. Le pouvoir central doit également veiller à ce qu'il soit tenu compte des aînés lorsqu'il s'agit d'améliorer la politique routière nationale. Il peut le faire en

accomplished by working with provincial governments to develop a coordinated approach to transportation planning, increasing access to public transit and ensuring that provinces have a uniform testing and evaluation method for all drivers.

CAA remains committed to working closely with all levels of government, including municipal governments to pursue policy changes, improve road infrastructure and design and improve public transit to ensure seniors continue to have mobility choices.

One example where municipalities can assist is demonstrated by a recent American Automobile Association study conducted in Michigan. Analysis of crash data found that low-cost intersection improvements had a greater benefit for drivers 65 years and older than for those 25 years to 64 years. The improvements included low-cost traffic safety engineering enhancements such as re-timed traffic signals, larger traffic lights and dedicated left-turn lanes.

With over 900,000 kilometres of roads and highways, Canada's vast geography will continue to present mobility challenges for all motorists. CAA is dedicated to ensuring driver mobility as long as safely possible. Aging itself is not an indicator of decreased driving skill and ability. We should focus on many solutions including conditional licensing, improvements to road and highway design, changes in vehicle design and road safety education that takes into account our aging population and the changes that need to be made to accommodate those drivers. We will continue to actively raise awareness through public outreach programs to educate motorists and dispel myths about older drivers.

**Dr. Briane Scharfstein, Associate Secretary General, Professional Affairs, Canadian Medical Association:** I will speak to you today on behalf of the Canadian Medical Association and our 67,000 physician members across the country. I want to thank the committee for the invitation to come and express our views.

I will make my comments in two areas, as reflected in the original questions. One is to outline the mechanisms and processes to ensure the safety and competency of physicians in their practices in which we have a long history of involvement and activity. Second, I will also touch on aging drivers because we also have involvement on that issue.

Relating to maintenance of competence, it links to something that the CMA has advocated for many years which is the elimination of mandatory retirement. This issue goes back some time and most recently was addressed through correspondence and advocacy in March 2004 when we wrote to Pierre Pettigrew and others outlining our concerns as they affect physicians where

collaborant avec les provinces pour élaborer une approche coordonnée de la planification des transports, accroître l'accès aux transports en commun et s'assurer que les provinces ont des méthodes uniformes d'examen et d'évaluation pour tous les conducteurs.

La CAA demeure déterminée à collaborer étroitement avec tous les ordres de gouvernement, dont les municipalités, pour modifier les orientations, améliorer l'infrastructure et la conception des réseaux routiers locaux, et améliorer les transports en commun pour que les aînés aient divers choix à leur disposition pour se déplacer.

Une étude réalisée récemment par l'American Automobile Association au Michigan donne un exemple d'initiative que les municipalités peuvent prendre. L'analyse des données sur les collisions a montré que des améliorations peu coûteuses aux intersections ont été plus avantageuses, sur le plan de la sécurité, pour les conducteurs de 65 ans et plus que pour ceux qui ont entre 25 et 64 ans. Parmi les améliorations, notons des améliorations techniques peu coûteuses pour accroître la sécurité comme une signalisation mieux synchronisée, des feux de circulation plus gros et des voies réservées pour les virages à gauche.

Le vaste territoire canadien, qui compte plus de 900 000 kilomètres de routes, continuera de présenter des difficultés du point de vue de la mobilité de tous les automobilistes. La CAA tient à garantir la mobilité des conducteurs le plus longtemps possible, dans le respect de la sécurité. L'âge seul n'est pas un indicateur de la diminution des aptitudes et compétences des conducteurs. Nous devrions nous intéresser à de nombreuses solutions, dont les permis assortis de restrictions, des améliorations de la conception des routes, des modifications dans la conception des véhicules et une sensibilisation à la sécurité routière qui tient compte du vieillissement de la population et des changements nécessaires aux conducteurs plus âgés. Nous continuerons de sensibiliser l'opinion au moyen de programmes d'information pour renseigner les automobilistes et démasquer les mythes au sujet des conducteurs âgés.

**Dr Briane Scharfstein, secrétaire général associé, Affaires professionnelles, Association médicale canadienne :** Je vais m'adresser à vous aujourd'hui au nom de l'Association médicale canadienne et de ses 67 000 médecins membres de partout au pays. Je tiens à remercier le comité de nous avoir invités à vous faire part de nos vues.

Mes observations porteront sur deux thèmes, repris à partir des questions initiales. Tout d'abord, je décrirai les mécanismes et processus en place pour veiller à la sécurité et à la compétence des médecins dans l'exercice de leur profession, aspects auxquels nous travaillons depuis longtemps. Ensuite, j'aborderai la question des conducteurs âgés, car nous nous intéressons également à ce sujet.

Le maintien de la compétence est lié à un élément que l'AMC préconise depuis des années, soit l'abolition de la retraite obligatoire. Cette question remonte à loin et, plus récemment, il en a été question dans des échanges de correspondance et des efforts de promotion des intérêts en mars 2004, quand nous avons écrit à Pierre Pettigrew et à d'autres intéressés pour leur faire part

they have been at times subjected to mandatory retirement. In the background material we have provided, you will find more information on that subject. That information is a prelude to this discussion. I would like to highlight what the profession does to assure competency that we hope minimizes the need for any age restriction or mandatory requirement. At the end of my presentation, I will also touch on some of the physician resource issues and shortages that make that an even more significant concern.

In regard to ensuring the competence of physicians for whatever reason, that is a pre-eminent issue for any self-regulating profession, and none more so than the medical profession. In return for the privilege of being self-regulating, the profession has a number of ways to ensure competence to the public and to our patients. Essentially, they involve both individual as well as collective obligations to engage in life-long learning; to recognize and report on issues of competence, of either yourself or your peers; and to participate in peer review processes as well.

The individual responsibilities for that maintenance of competence are enshrined to some extent in our code of ethics. Among the numerous clauses that are contained within the code, four pertain specifically to the discussion today: the expectation that all physicians practise medicine competently; that they engage in life-long learning; they report to the appropriate authorities any unprofessional conduct; and that they participate in peer review. To put it simply, physicians are expected to hold themselves and their colleagues accountable for their ongoing competence, regardless of age.

I would also point out that we work from the premise that one's competence can be affected by illness and adversity at any stage in one's career. Therefore, the need to do that is not specifically reflected in one's age. Although there may be increased scrutiny in some programs linked to age, we recognize that is only one of a multitude of factors. The processes that ensure competence apply throughout the physician's life cycle.

Second, there are also a variety of mechanisms that are under the rubric of collective responsibility for both life-long learning and peer review. That plays out in a number of areas — first, through the credential process itself. If physicians are family physicians, they receive their credentials initially through the College of Family Physicians of Canada, or if they are specialists, they receive them through the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. In both cases, to obtain your credentials and maintain them, there are requirements linked to maintenance of competence and life-long learning. You need to undertake a specific amount of annual continuing education and report it to the certifying bodies.

In addition to the scrutiny at the collective level through the credential process, a separate provincial organization issues a licence. Simply obtaining the credentials to maintain your

de nos préoccupations puisqu'il était déjà arrivé que des médecins soient contraints à la retraite obligatoire. Dans la documentation que nous avons fournie, vous trouverez de plus amples renseignements à cet égard. Cette information est un prélude à cette discussion. J'aimerais souligner ce que fait la profession pour assurer la compétence de façon à réduire autant que possible la nécessité d'imposer une limite d'âge ou une exigence obligatoire. À la fin de mon exposé, j'évoquerai aussi certains problèmes encore plus préoccupants liés à la pénurie de médecins.

Le maintien de la compétence des médecins, quelle que soit la raison, constitue une question primordiale pour toute profession autoréglémentée, et en particulier pour les médecins. En contrepartie du privilège d'autoréglementer, la profession comporte un certain nombre de moyens pour garantir au public et aux patients la compétence des médecins. Il s'agit essentiellement d'obligations individuelles et collectives à suivre des cours de formation continue; à reconnaître et à signaler le manque de compétence, dans sa propre pratique ou celle de ses pairs; et à prendre part également à des processus d'évaluation par les pairs.

Les responsabilités individuelles à l'égard du maintien de la compétence sont enchâssées, dans une certaine mesure, dans notre code de déontologie. Parmi les nombreuses dispositions prévues dans le code, quatre se rattachent particulièrement à la discussion d'aujourd'hui : le fait de s'attendre que tous les médecins exercent leur profession de manière compétente; qu'ils suivent des cours de formation continue; qu'ils signalent aux autorités compétentes toute conduite contraire à l'éthique professionnelle; et qu'ils prennent part aux évaluations par les pairs. Bref, on s'attend des médecins qu'ils rendent compte du maintien de leur compétence et de leurs collègues, et ce, quel que soit leur âge.

Je tiens également à souligner que nous partons du principe que la maladie et l'adversité peuvent avoir une incidence sur la compétence d'une personne à n'importe quel moment de sa carrière. Par conséquent, cette obligation n'est pas précisément liée à l'âge. Bien que certains programmes prévoient un examen accru en fonction de l'âge, nous reconnaissons qu'il s'agit d'un facteur parmi tant d'autres. Les processus qui assurent la compétence s'appliquent tout au long de la carrière du médecin.

Deuxièmement, il y a aussi une variété de mécanismes qui s'inscrivent dans le cadre de la responsabilité collective de suivre des cours de formation continue et de se soumettre à des évaluations par les pairs. Cela s'applique à un certain nombre de secteurs — à commencer par le processus d'accréditation lui-même. Les médecins de famille reçoivent leur accréditation initialement par l'entremise du Collège des médecins de famille du Canada, et les spécialistes, par l'entremise du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Dans un cas comme dans l'autre, pour obtenir et conserver son accréditation, des exigences relatives au maintien de la compétence et à la formation continue doivent être respectées. Chaque année, il faut suivre un nombre précis de cours de formation continue et en faire rapport aux autorités de certification.

En plus de l'évaluation collective par l'entremise du processus d'accréditation, un organisme provincial distinct émet un permis. L'accréditation pour conserver votre titre de médecin de famille

specialty status either as a family physician or specialist is not enough; you must also apply annually to renew your licence with a provincial licensing authority. In most provinces, that is a college of physicians and surgeons.

The licensing authorities, in particular over the last five to 10 years, have put in place a fairly robust process to monitor and assess physicians and their competence. Most colleges, in addition to an annual renewal of licence that requires physicians to answer a number of questions, also have a peer review process where physicians are randomly selected and required to have their office practises audited by their peers. Those processes tend to include what one might refer to as a 360-degree assessment, where there is a comprehensive assessment, including sampling questionnaires from patients, colleagues and co-workers and other health professionals.

In addition, physicians who practise in institutional settings — predominantly hospitals — have a more rigorous process in maintaining quality and competence. There is a credential committee and process whereby physicians are regularly reviewed and have to apply for their privileges annually. The quality of care provided in the institutions is monitored regularly as well. Rather than having physicians either completely in or out of practice, often their privileges may be varied over time, linked to declining competency in certain areas — again, avoiding a set age-restriction requirement to leave practice.

Finally, the Canadian Medical Protective Association, in addition to providing liability insurance for physicians, has a comprehensive set of educational programs that tend to be driven by identifying those areas of risk where physicians may be most likely to get themselves into difficulty. There is a fairly robust set of educational offerings that they have for physicians in those circumstances.

Taken in total from the individual physician's professional and ethical responsibilities, which are held quite close to the profession, to the collective activities of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada and the provincial licensing authorities, I would suggest that the profession does subscribe to the idea that competence is something that must be regularly reviewed and enhanced, but across the career life cycle and not just linked to a specific age.

These reviews and assessments have tended to be grounded in evidence, and have been gathered from years of experience — tools that can ensure competence. There is probably more to go and I think you will be hearing from the national umbrella agency of the provincial licensing authorities. You will probably hear a bit more about the concept of revalidation, where activity that is even more significant is being undertaken by the provincial licensing authorities to ensure competence.

ou de spécialiste ne suffit pas; il faut aussi présenter chaque année une demande de renouvellement de son permis auprès d'une autorité provinciale chargée de délivrer les permis. Dans la plupart des provinces, il s'agit d'un collège des médecins et chirurgiens.

Les autorités chargées de délivrer les permis, plus particulièrement au cours des cinq à dix dernières années, ont mis en place un processus assez rigoureux pour surveiller et évaluer les médecins et leur compétence. En plus d'un renouvellement annuel du permis qui exige des médecins qu'ils répondent à un certain nombre de questions, la plupart des collèges prévoient aussi un processus d'évaluation par les pairs où les médecins sont choisis au hasard et doivent se soumettre à un examen par leurs pairs. Ces processus englobent habituellement ce qu'on peut appeler une évaluation tous azimuts, où l'on procède à une évaluation exhaustive, y compris interroger des patients, des collègues et compagnons de travail et d'autres professionnels de la santé.

En outre, les médecins qui travaillent en milieu institutionnel — principalement des hôpitaux — doivent suivre un processus plus rigoureux pour maintenir la qualité et la compétence. Un processus et un comité de l'accréditation évaluent régulièrement les médecins, qui doivent présenter une demande de renouvellement de leurs privilèges chaque année. La qualité des soins offerts dans les établissements est également surveillée périodiquement. Plutôt que d'avoir des médecins qui pratiquent et d'autres qui ne pratiquent pas du tout, les privilèges des médecins peuvent souvent varier au fil du temps, en raison d'une baisse de la compétence dans certains domaines — là encore, cette méthode permet d'éviter de fixer une limite d'âge pour cesser de pratiquer.

Pour terminer, l'Association canadienne de protection médicale, en plus de fournir une assurance responsabilité aux médecins, offre un ensemble complet de programmes d'éducation qui sont habituellement axés sur l'établissement des secteurs à risque les plus susceptibles de poser problème aux médecins. Il comprend un ensemble assez vaste de programmes d'éducation pour les médecins dans ces situations.

En prenant en considération l'ensemble des responsabilités professionnelles et éthiques de chaque médecin, qui sont assez près de la profession, les activités collectives du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et les autorités provinciales de certification, je dirais que la profession souscrit à l'idée selon laquelle la compétence doit être examinée et améliorée régulièrement, mais tout au long de la carrière, pas uniquement en fonction de l'âge.

Ces examens et évaluations se sont habituellement appuyés sur des faits et sont le résultat d'années d'expérience — il s'agit d'outils pouvant assurer la compétence. Il y a encore probablement du travail à faire et je pense que vous entendrez l'avis de l'organisme national qui encadre les autorités de certification provinciales. On vous en dira probablement un peu plus long sur le concept de revalidation, où les autorités de certification provinciales sont encore plus actives pour assurer la compétence.

All that to say that by virtue of those processes, we do think that the need for any arbitrary regulation based on age is not required. We would suggest that annual review processes and maintenance of competence expectations is the preferred route. There is additional background material provided to you in that regard, and I would be happy to answer any addition questions you might have about that subject.

I will touch on the second subject briefly, which was the question of medical fitness to drive. As you probably know, the profession has had a long history of involvement in determining fitness to drive for medical reasons. The CMA has been very involved and we produce a guide for physicians to assist them in making this determination. We are now on the seventh edition, which has been published in the last year or so, to give physicians assistance in helping with the determination of fitness to drive.

In most provinces, there is an obligation or an expectation that physicians will report where they suspect an individual may not be fit to drive. Anecdotaly, I will tell you that is often difficult for physicians to do. The determination itself is not simple because it is not only age related. In the one section in the guide that is specifically on aging, it is interesting to note that it starts with the observation that aging, per se, does not necessarily compromise a person's ability to drive. It is the other conditions, medical and likewise, which accompany and become more likely with aging that, in fact, affect a person's ability to drive. Those are then covered in all the other sections.

We do have a bit of direction specifically linked to aging. What we know from the data that we have seen over the years is that healthy aging drivers are probably safer because of their experience. Again, we put emphasis more on assessing the conditions themselves.

I am also aware of a couple of issues that have come up with respect to physicians assisting with keeping safe drivers on the road and unsafe drivers off, and they are reflected in the requirements to report and the assessments that occur after. Hopefully, our guide helps in that regard.

Finally, I will make a couple of comments that are linked to the discussions of aging and maintaining competence, and that is in regard to the physician workforce. Although it is not a specific question for this particular panel today, I would point out that we have a desperate shortage of physicians in Canada, probably more than most OECD countries. We probably rank around 24 out of 30 among OECD countries in the number of physicians we have for the population. A significant percentage of our members and of practising physicians is over 65; 13 per cent is a close approximation. Those physicians are in full-time practice, and I would suggest that they are desperately needed. It is probably even a more significant issue for us in a time of shortage as we have now than it might be in a time of surplus. Fortunately, with the processes we have to ensure competence, we are fairly confident we are avoiding putting the public at risk

Tout cela pour dire qu'étant donné ces processus, nous ne croyons pas qu'une réglementation arbitraire fondée sur l'âge soit nécessaire. À notre avis, des processus d'examen annuels et des attentes en matière de maintien de la compétence sont préférables. Nous vous avons fourni des documents d'information additionnels à cet égard et je serai ravi de répondre à vos questions à ce sujet.

J'aborderai brièvement le deuxième sujet, soit la question de l'aptitude à conduire. Comme vous le savez probablement, la profession tâche depuis longtemps de déterminer l'aptitude à conduire sur le plan médical. L'AMC a été très active dans ce dossier et nous avons produit un guide à l'intention des médecins pour les aider à faire cette détermination. Nous en sommes maintenant à la septième édition, qui a été publiée l'an dernier et vise à aider les médecins à déterminer l'aptitude d'une personne à conduire.

Dans la plupart des provinces, les médecins sont censés ou doivent faire rapport lorsqu'ils soupçonnent qu'une personne n'est peut-être pas apte à conduire. De façon générale, c'est souvent difficile à faire pour les médecins. Ce n'est pas quelque chose facile à déterminer parce que la question n'est pas uniquement liée à l'âge. Dans la section du guide portant précisément sur l'âge, il est intéressant de noter qu'on commence par dire que le vieillissement en soi ne compromet pas forcément l'aptitude d'une personne à conduire. Ce sont d'autres facteurs, notamment d'ordre médical, qui accompagnent le vieillissement et risquent davantage de survenir avec l'âge, qui influent sur la capacité d'une personne à conduire. Toutes les autres sections traitent de ces facteurs.

Nous savons un peu quelle voie prendre en ce qui concerne le vieillissement, plus particulièrement. D'après les données que nous avons vues au fil des ans, nous savons que les conducteurs âgés en bonne santé conduisent probablement plus prudemment que les autres en raison de leur expérience. Là encore, nous insistons davantage sur l'évaluation des conditions mêmes.

Je suis également au courant de quelques problèmes qui ont été soulevés relativement à l'aide apportée par les médecins pour établir qui est apte ou non à conduire, en raison de leur obligation de faire rapport et des évaluations subséquentes. Nous espérons que notre guide sera utile à cet égard.

Enfin, je dirai quelques mots relativement aux discussions liées au vieillissement et au maintien de la compétence, et ce, en tenant compte des effectifs de médecins. Bien que ce ne soit pas une question précise qu'étudie ce groupe particulier aujourd'hui, je tiens à signaler que nous avons désespérément besoin de médecins au Canada, probablement plus que la majorité des pays de l'OCDE. Nous nous classons environ au 24<sup>e</sup> rang sur 30 parmi les pays de l'OCDE au chapitre du nombre de médecins par rapport à la population. Un pourcentage élevé de nos membres et de nos médecins en exercice ont plus de 65 ans; 13 p. 100 pour être un peu plus exact. Ces médecins travaillent à plein temps, et je dirais que nous en avons désespérément besoin. C'est probablement une question encore plus importante en période de pénurie, comme c'est le cas actuellement, que lorsque nous en avons trop. Heureusement, grâce aux processus dont nous disposons pour

by encouraging these physicians to continue to practise while into their seventies and even beyond. We are fairly confident in the vast majority of cases that they practice competently with good result.

The other issue that is not specifically here but which we have had some interest in is the care of the elderly generally, and if the committee will consider other aspects of aging and health, in particular, issues such as access to services for the elderly as well as the funding of long-term care, those are both areas in which we have had interest and have done some work and research. In the package we have given you, there is background related to both those issues, so we would be certainly happy to come back again to have further discussions on those subjects.

Finally, I would like to thank you for the invitation and for sharing a few thoughts, and we look forward to your questions and to adding any clarity that might be missing from the presentation.

**The Chair:** Thank you very much and thank you for raising those additional issues because they are of concern to your committee.

**Dr. Michel Bédard, Canada Research Chair in Aging and Health, Lakehead University:** Honourable senators, the mandate of the committee is to “examine and report upon the implications of an aging society in Canada.” Few issues are as salient for an aging society as the maintenance of mobility. While there are many definitions of “mobility,” I use a simple one: “mobility is the ability to go wherever we want whenever we want.”

Access to transportation is crucial to maintaining mobility as we age. For most Canadians, access to transportation means access to an automobile and, typically, driving an automobile. The automobile is a great tool to maintain independence and enjoy a good quality of life. Unfortunately, for many older adults, but not all, aging leads to limitations of their ability to drive safely. Whether it is related to aging or health-related conditions, this phenomenon is becoming increasingly apparent in statistics. With increasing numbers of older drivers and greater distances travelled by them, safe driving is emerging as an important issue for Canadian society, both from an injury prevention perspective and a quality of life perspective.

We see three important areas where we can make a difference. First, we need to increase our understanding of the situations that are problematic for older drivers and of the factors contributing to those difficulties, and we need to develop better approaches to screen and assess potentially unsafe drivers. Second, we need to develop strategies to enhance safe driving. Third, we need to support the transportation needs of older drivers after they stop driving.

assurer la compétence, nous pensons éviter de compromettre la sécurité publique en encourageant ces médecins à continuer d'exercer leur profession jusqu'à ce qu'ils atteignent 70 ans et même plus. Dans la vaste majorité des cas, nous avons tout lieu de croire qu'ils sont compétents.

L'autre question qui n'est pas expressément à l'étude ici, mais à laquelle nous avons porté un certain intérêt, ce sont les soins aux personnes âgées de façon générale. Si votre comité examine d'autres aspects du vieillissement et de la santé, plus particulièrement des questions telles que l'accès aux services pour les personnes âgées et le financement des soins de longue durée, ce sont là deux secteurs auxquels nous nous sommes intéressés et pour lesquels nous avons fait du travail et des recherches. La documentation que nous vous avons remise contient des informations sur ces deux questions. Nous serons très heureux de revenir pour discuter plus avant de ces sujets.

Pour terminer, je tiens à vous remercier de m'avoir invité à vous faire part de quelques idées. Je me ferai un plaisir de répondre à vos questions et de faire la lumière sur certains points qui étaient peut-être moins clairs dans l'exposé.

**La présidente :** Merci beaucoup et merci d'avoir soulevé ces autres points parce qu'ils préoccupent le comité.

**Dr Michel Bédard, chaire de recherche du Canada en vieillissement et santé, Université Lakehead :** Honorables sénateurs, le comité a pour mandat « d'examiner les incidences du vieillissement de la société canadienne ». Peu de questions importent autant pour une société vieillissante que le maintien de la mobilité. Bien qu'il existe de nombreuses définitions du terme « mobilité », celle que j'utilise est bien simple : « la mobilité est la capacité d'aller où l'on veut, quand on veut ».

L'accès aux transports est essentiel pour conserver sa mobilité quand on vieillit. Pour la majorité des Canadiens, l'accès aux transports signifie avoir une voiture et, habituellement, en conduire une. L'automobile est un excellent moyen pour jouir de l'indépendance et d'une bonne qualité de vie. Malheureusement, bien des gens, mais pas tous, perdent leur capacité de conduire prudemment en prenant de l'âge. Que ce soit lié à l'âge ou à l'état de santé, ce phénomène ressort de plus en plus dans les statistiques. En raison du nombre croissant de conducteurs âgés et des plus grandes distances qu'ils parcourent, la sécurité routière devient une question importante pour la société canadienne, tant dans l'optique de la prévention des blessures que de la qualité de vie.

À notre avis, nous pouvons changer les choses dans trois grands secteurs. Premièrement, nous devons mieux comprendre les situations qui posent problème aux conducteurs âgés et les facteurs contribuant à ces difficultés et nous devons mettre au point de meilleures approches pour dépister et évaluer les conducteurs potentiellement dangereux. Deuxièmement, nous devons élaborer des stratégies pour accroître la sécurité au volant. Troisièmement, nous devons répondre aux besoins en matière de transport des conducteurs âgés lorsqu'ils cessent de conduire.

We have yet to fully understand what leads to decreases in safe driving among older adults. These can be age-related changes, for example, reduction in attention capacity, or health-related changes, for example, the development of cataracts. In most instances, older drivers develop compensatory strategies to deal with declines in their driving abilities, for example, not driving at night.

However, many older drivers will experience deterioration of driving that exceeds their ability to compensate for changes. Therefore, it is important to screen and assess older drivers adequately. To do so serves a crucial injury prevention role but also allows for the identification of individuals who may benefit from interventions to enhance safe driving, and it also prevents the use of age- or diagnosis-based labels to determine who should and should not drive.

It is important to emphasize that we are concerned with unsafe drivers, and there are some in all age categories, not just older drivers. However, we have yet to develop suitable screening methods and current assessment approaches are both expensive and lengthy.

It is also important to emphasize that the preferable approach to prevent crashes is to optimize safe driving. This approach supports the mobility and independence needs of older adults and can be focused on drivers, the driving environment and the automobile. Training and education programs for older drivers are emerging constantly, and recent evidence suggests that they may be effective to enhance safe driving. Changes to the driving environment, for example, better signs and road engineering changes, also appear to support safe driving. In addition, changes to automobiles, for example, advance warning systems, may also enable older drivers to be safer. Much work remains to be done to optimize safe driving, but this is a constructive, proactive approach that underscores the maintenance of quality of life for older Canadians.

Unfortunately, and despite attempts to optimize safe driving, many older adults will have to stop driving because of declines in their driving abilities, and others may stop for other reasons. For many who stop driving, the consequences can be profound, including reduced mobility, increases in depression symptoms and reduction in life satisfaction. The repercussions are not limited to drivers alone but may also affect other family members and the greater network of the drivers who often take over transportation responsibilities.

The impact of driving cessation highlights the potential inadequacy of current transportation alternatives to driving one's own automobile. It is important to realize that older adults who cannot drive are often not in a position to use public

Nous ne savons pas encore tout à fait ce qui entraîne une diminution de la conduite sécuritaire chez les personnes âgées. Par exemple, ce peut être attribuable à une réduction de l'attention, des changements liés à l'âge ou à la santé, comme le développement de cataractes. Dans la plupart des cas, les conducteurs âgés trouvent des stratégies pour remédier à l'affaiblissement de leur capacité de conduire, en cessant de conduire la nuit, par exemple.

Toutefois, la performance au volant d'un grand nombre de conducteurs âgés se détériorera au point où ils ne pourront plus remédier à la situation en modifiant leurs habitudes de conduite. C'est pourquoi il est important de dépister et d'évaluer les conducteurs âgés adéquatement. Ce faisant, on assume un rôle crucial en matière de prévention des blessures, mais on peut aussi établir qui pourrait bénéficier d'interventions pour accroître la sécurité au volant, tout en évitant d'utiliser des facteurs liés à l'âge et à l'état de santé pour déterminer qui devrait ou ne devrait pas conduire.

Il importe de souligner que ce sont les conducteurs dangereux qui nous préoccupent et qu'il en existe dans toutes les catégories d'âge, pas seulement chez les conducteurs âgés. Il nous reste cependant à élaborer des méthodes de dépistage adéquates, et les méthodes actuelles sont à la fois coûteuses et longues.

Il importe aussi de souligner que l'approche à privilégier pour prévenir les accidents, c'est d'optimiser la prudence au volant. Cette approche répond aux besoins de mobilité et d'indépendance des personnes âgées et peut être axée sur les conducteurs, les routes et l'automobile. On ne cesse de créer des programmes de formation et d'éducation destinés aux conducteurs âgés, et des faits récents donnent à entendre qu'ils peuvent être efficaces pour améliorer la conduite. Des changements au contexte de conduite, par exemple une meilleure signalisation et des modifications aux caractéristiques des routes semblent aussi favoriser la sécurité routière. De plus, des modifications aux automobiles telles que des systèmes de présignalisation peuvent aussi assurer une plus grande sécurité aux conducteurs âgés. Il reste encore beaucoup à faire pour optimiser la sécurité au volant, mais il s'agit d'une approche constructive et proactive qui souligne le maintien de la qualité de vie des Canadiens âgés.

Malheureusement, et malgré les tentatives pour optimiser la sécurité au volant, un grand nombre de personnes âgées devront cesser de conduire en raison d'une baisse de leurs aptitudes à conduire tandis que d'autres arrêteront peut-être pour d'autres raisons. Pour bon nombre de personnes qui ne conduisent plus, les répercussions peuvent être profondes, y compris une mobilité réduite, une hausse des symptômes de dépression et une réduction de la joie de vivre. Ces répercussions ne se limitent pas aux conducteurs, et peuvent aussi toucher d'autres membres de la famille et les autres conducteurs souvent appelés à assurer le transport.

L'incidence de la perte de la capacité de conduire met en évidence l'inefficacité potentielle des autres moyens de transport pour remplacer l'automobile. Il est important de prendre conscience que les personnes âgées qui ne peuvent plus conduire

transit, assuming it is available. Many older adults living in rural areas may be forced to move to urban centres, possibly resulting in significant disruption in their lives.

In conclusion, aging poses a serious threat to anyone dependent on the automobile for mobility needs. Yet, a greater number of older adults than any previous cohort are relying on the automobile for transportation. This phenomenon will accelerate in coming years.

Most older adults want to live in their community for as long as possible. Enabling them to maintain their mobility is essential to ensure this goal and to support independence and quality of life. Supporting safe driving for as long as possible is one important strategy and also the preferred one by older adults. As a society, we will have to rely on multiple approaches, including the optimization of safe driving and the development of alternative forms of transportation to meet the mobility needs of coming older generations. Flexibility and innovation in the conception and implementation of those approaches will be necessary to meet the needs of older adults living in urban and rural areas.

**Dr. Shawn Marshall, Associate Professor, The Rehabilitation Centre, Ottawa Hospital:** Honourable senators, thank you very much for inviting me to present to this committee today.

I would like to address the issue of the older driver, and for today's presentation, I will address the medical issues of assessment of fitness to drive with regard to older drivers, identify current research initiatives for older drivers, and highlight research directions in older driver research.

With regard to background for older drivers, in North America, driving is a basic activity of daily living. Driving is important to everyone. It affects the ability to integrate into the community and to complete essential daily tasks, such as going to the grocery store and attending appointments. Loss of licence clearly can have affects, particularly, in older drivers. It leads to depression, isolation, loss of self-esteem, loss of housing and being forced to move from rural residences to urban residences.

Contrary to much of the public and media opinion, most older persons are healthy, and most older persons are the safest drivers on the road. The higher prevalence of medical illness and associated impairments are the explanation for the decline in driving ability for some older drivers, and those drivers are responsible for the increasing crash rates that are identified in the literature.

The problem will escalate. By 2030, 25 per cent of drivers will be aged 65 or greater; by the year 2025, the number of drivers aged 65 or greater will be doubled. At age 65, there is a prevalence of 8 per cent of the population with dementia;

ne sont souvent pas en mesure de prendre le transport en commun, à supposer que le service soit offert. Bien des personnes âgées vivant en milieu rural peuvent être contraintes à déménager dans des centres urbains, ce qui risque de perturber grandement leur vie.

Pour conclure, le vieillissement peut avoir des conséquences très néfastes pour toute personne qui se déplace en automobile. Néanmoins, un nombre de plus en plus élevé de personnes âgées utilisent l'automobile pour se déplacer, comparativement aux générations précédentes. Ce phénomène devrait s'accélérer dans les années à venir.

La plupart des personnes âgées veulent vivre dans leur collectivité le plus longtemps possible. Nous devons voir à ce qu'elles puissent continuer de se déplacer pour assurer le maintien de leur indépendance et de leur qualité de vie. Le maintien de la conduite prudente le plus longtemps possible fait partie des principales stratégies à cet égard, et c'est celle que les personnes âgées préfèrent. En tant que société, nous devons songer à d'autres méthodes, y compris l'optimisation de la sécurité au volant et des moyens de transport de rechange pour répondre aux besoins de mobilité des futures générations de personnes âgées. Il faudra faire preuve de flexibilité et d'innovation dans la conception et la mise en œuvre de ces approches pour répondre aux besoins des personnes âgées vivant dans les régions urbaines et rurales.

**Dr Shawn Marshall, professeur associé, Centre de réadaptation de l'Hôpital d'Ottawa :** Honorables sénateurs, merci beaucoup de m'avoir invité à m'adresser à vous aujourd'hui.

J'aimerais aborder la question des conducteurs âgés et, aux fins de l'exposé d'aujourd'hui, je traiterai de l'évaluation de l'aptitude à conduire des conducteurs âgés sur le plan médical, parlerai des initiatives actuellement en place à leur intention et soulignerai les orientations de recherche à cet égard.

En Amérique du Nord, conduire constitue une activité courante de la vie quotidienne des personnes âgées. C'est important pour tout le monde. La conduite a une incidence sur l'intégration au sein de la communauté et l'accomplissement des tâches essentielles du quotidien, comme aller au supermarché et se rendre à des rendez-vous. La perte du permis de conduire peut clairement avoir des répercussions, et plus particulièrement sur les conducteurs âgés. Elle peut mener à la dépression, à la perte d'estime de soi et à l'obligation pour les personnes vivant en milieu rural de quitter leur logement pour s'installer dans un centre urbain.

Contrairement à ce que pensent généralement la population et les médias, la plupart des personnes âgées sont en bonne santé et sont les conducteurs les plus prudents sur les routes. L'incidence élevée de maladies et d'incapacités connexes explique la baisse de la capacité de conduire pour certains conducteurs âgés, qui sont responsables de la hausse du taux de collisions recensé.

Le problème s'aggravera. D'ici 2030, 25 p. 100 des conducteurs auront 65 ans et plus; d'ici 2025, le nombre de conducteurs de 65 ans et plus aura doublé. À cet âge, la proportion de la population atteinte de démence s'élève à 8 p. 100; à l'âge de

by age 90, 30 per cent or more of the population have evidence of dementia — again, across the spectrum of mild to severe. However, because a person has a diagnosis of dementia, does not necessarily mean that the person is not able to drive. Further compounding this — and what has led to one of the main constraints on identifying older drivers who may be at risk — is the notion that we can use a disease-based model to identify these persons. Driving is a functional task. For instance, in Ireland, 27 per cent of persons greater than age 70 have at least two significant chronic medical diagnoses. If you look at the medications to treat these chronic medical conditions, they are often on at least three of them. Clearly, this will have an impact on overall functional abilities.

When we look at specific medical diagnoses, we talk about increased relative risks; that is, someone's likelihood of having a crash versus someone else's likelihood of having a crash. However, that varies from individual to individual. Physicians, health care personnel and licensing personnel run into difficulties making decisions at that individual level. We can and have done systematic reviews showing that cardiovascular disease, dementia and conditions such as sleep apnea put you at a much elevated risk for crash. However, at the individual level, these must be interpreted, taking into account how the person is being treated, their driving experience and the driving conditions. Further, multiple medical conditions play a role. We know that the cumulative effects of multiple medical conditions can affect a person's functional ability to drive, but, again, we must take that in the context of environment and previous driving experience.

As has been pointed out by other members who are presenting today, physician reporting in Canada is unique. Today, seven out of 10 provinces in Canada have mandatory reporting by physicians compared to the United States, where only a few of the 50 states have mandatory reporting by physicians.

Physicians are put in a tough spot in this regard. The physician-patient relationship is often negatively affected. Clearly, you have some conflict. You are an advocate for the patient, yet, under law, you are required to report the patient as possibly unfit to drive. In addition, physicians have identified repeatedly through surveys that they have limited knowledge and education to make decisions. There is also lack of evidence-based information upon which to make these decisions. Although the CMA guide is a good resource to give direction to the physician, much of this is not evidence-based as to who should or should not drive. Again, it comes around to functional abilities of the driver. Resources other than the CMA guide exist throughout the world, but the guide is a good example of a good current resource available to physicians.

90 ans, 30 p. 100 ou plus de la population montre des signes de démence — là encore, allant de légère à sévère. Toutefois, ce n'est pas parce qu'on a posé un diagnostic de démence chez une personne qu'elle est forcément inapte à conduire. Pis encore — et qui a mené à l'une des principales contraintes pour déterminer les conducteurs âgés pouvant être à risque —, est l'idée que nous pouvons utiliser un modèle axé sur l'état de santé pour repérer ces personnes. La conduite est une tâche fonctionnelle. Par exemple, en Irlande, 27 p. 100 des personnes âgées de plus de 70 ans sont atteintes d'au moins deux maladies chroniques graves. Si on examine le traitement pour ces maladies chroniques, ces personnes doivent souvent prendre au moins trois sortes de médicaments. Il est clair que cette prise de médicaments aura une incidence sur les capacités fonctionnelles globales.

Pour ce qui est des diagnostics médicaux précis, on parle de risques relatifs accrus, c'est-à-dire la probabilité d'une personne d'avoir un accident par rapport à une autre. Toutefois, ce risque varie selon les individus. Les médecins, les professionnels de la santé et le personnel chargé de la délivrance des permis se heurtent à des difficultés pour prendre des décisions concernant ces particuliers. Nous pouvons mener et avons mené des examens systématiques qui montrent que les personnes souffrant de maladies cardiovasculaires, de démence et de troubles de santé tels que l'apnée du sommeil sont beaucoup plus susceptibles de provoquer un accident. Toutefois, sur le plan individuel, il faut tenir compte du traitement reçu de la personne, de son expérience de conduite et des conditions routières. Par ailleurs, de nombreux facteurs médicaux entrent en ligne de compte. Nous savons que les effets cumulatifs de ces troubles de santé peuvent nuire à la capacité fonctionnelle d'une personne à conduire, mais là encore, nous devons prendre en considération les conditions routières et l'expérience de conduite de cette dernière.

Comme d'autres témoins l'ont mentionné aujourd'hui, l'obligation des médecins de faire rapport est propre au Canada. De nos jours, les médecins dans sept provinces sur dix sont tenus de faire rapport, alors qu'aux États-Unis, les médecins de seulement quelques-uns des cinquante États doivent le faire.

Les médecins se retrouvent dans une fâcheuse position. La relation entre le médecin et son patient est souvent compromise. Il y a clairement un conflit. Vous défendez les intérêts du patient, mais pourtant, en vertu de la loi, vous êtes tenu de déclarer le patient comme étant potentiellement inapte à conduire. En outre, les médecins ont signalé à maintes reprises dans le cadre de sondages qu'ils ont des connaissances et une formation limitées pour prendre ces décisions. Il y a aussi un manque d'informations factuelles sur lesquelles ils peuvent s'appuyer pour prendre ces décisions. Même si le guide de l'AMC est une excellente ressource pour éclairer le médecin, la majorité des informations qu'il contient ne sont pas fondées sur des faits qui permettent de déterminer qui devrait conduire ou pas. Là encore, la décision est prise en fonction des capacités fonctionnelles du conducteur. Il existe des ressources autres que le guide de l'AMC partout dans le monde, mais c'est un bon exemple d'une excellente ressource actuellement à la disposition des médecins.

The aim of research is to improve the health, safety and quality of life of older drivers. Every research organization that I have been made aware of is not focusing on taking driver's licences away from older persons; they are focusing on prolonging the safe driving periods for older drivers. The focus is on assessment and screening at the primary health care level. Even when we know that someone has a diagnosis that may affect their ability to drive, when does this functional impairment become important to affect one's ability to drive? Those are pieces of information that we do not know.

Regarding formal driving ability assessments, there is great variability in the assessments that are carried out with on-road examinations. Again, they have not been standardized across provinces or states. Also, there is monitoring driving ability for progressive conditions. That is, someone passes an on-road driving assessment and is fit to drive but, unlike a 16-year-old driver who is expected to be healthy and fit and not have much change for years forward, with the older population, this can vary, particularly with progressive diseases. Also, there are focuses on interventions to prolong the safe driving period. Driver retraining, conditional licensing and technology in a vehicle to help older drivers must be further evaluated. Technology can hinder older drivers, for example, if we put in things that distract them within the environment. Things that we feel are helping might not necessarily help the older drivers who are not used to this type of technology.

It is my privilege to work with a group of researchers through the CanDRIVE research network, which is funded by the Canadian Institutes of Health Research. We have representatives from multiple provinces and conduct research with the aim of prolonging safe driving periods for older drivers. We want to use evidence and we want to integrate this into the practice of prolonging the safe driving period. We bring together researchers, seniors groups, clinicians, ministries of transportation and other governmental and nongovernmental agencies. We believe that this is approach we must use. We are all on the same side, all aiming for the same direction: Keeping people safe and driving.

There are other important initiatives that the committee should be made aware of. For instance, more recently sponsored by the Public Health Agency of Canada and the Canadian Association of Occupational Therapists, there has been a program called the National Blueprint for Injury Prevention in Older Drivers. This blueprint is looking at developing a strategy for implementing and evaluating the best evidence for prolonging the safe driving period. We are doing systematic reviews and contributing to existing information.

We need to put research evidence into practice and we need to have everyone working cohesively to put this information forward. That brings together those multiple partners that affect everyone. We need stakeholders, government, insurance companies, physicians and health care professionals to help everyone move along with this.

La recherche vise à améliorer la santé, la sécurité et la qualité de vie des conducteurs âgés. Aucun des organismes de recherche que je connais ne désire retirer aux personnes âgées leurs permis de conduire; ils veulent plutôt leur permettre de conduire plus longtemps en toute sécurité. Ils mettent l'accent sur l'évaluation et le contrôle au niveau des soins de santé primaires. Même lorsque l'on sait qu'une personne est atteinte d'une déficience fonctionnelle qui pourrait limiter sa capacité à conduire, il est difficile de déterminer où est le point critique.

En ce qui concerne les évaluations officielles de la capacité à conduire, les examens sur la route varient grandement d'une province ou d'un État à l'autre. En outre, dans les cas de maladies évolutives, il faut vérifier régulièrement la capacité à conduire. Ceux qui réussissent les examens sur la route sont considérés aptes, mais si un conducteur de 16 ans peut s'attendre à être en santé et en forme pendant encore de nombreuses années, ce n'est pas nécessairement le cas des personnes âgées, surtout celles souffrant de maladies évolutives. Pour leur permettre de continuer à conduire en toute sécurité, on envisage des options telles que la formation continue, les permis assortis de conditions et l'utilisation de nouvelles technologies dans les véhicules. Or, celles-ci peuvent nuire aux conducteurs âgés, par exemple si elles les distraient. En effet, certains outils que nous croyons utiles pourraient ne pas les aider, parce qu'ils ne leur sont pas familiers.

J'ai le privilège de travailler avec un groupe de chercheurs dans le cadre du réseau CanDRIVE, financé par les Instituts de recherche en santé du Canada, qui réunit des représentants de nombreuses provinces et dont la recherche vise à permettre aux personnes âgées de continuer à conduire en toute sécurité. Nous voulons mettre les résultats de notre recherche en pratique. Le réseau rassemble des chercheurs, des groupes de personnes âgées, des cliniciens, des ministres des Transports et d'autres représentants du gouvernement ou d'organisations non gouvernementales. Nous croyons fermement en cette façon de faire. Nous avons une vision et un objectif communs : permettre aux gens de conduire le plus longtemps possible, en toute sécurité.

Il convient de mentionner d'autres initiatives importantes. Par exemple, l'Agence de la santé publique du Canada et l'Association canadienne des ergothérapeutes ont récemment financé un Plan d'action national pour la prévention des blessures chez les conducteurs âgés, qui porte sur une stratégie de mise en œuvre et d'évaluation des meilleures méthodes permettant aux aînés de continuer à conduire en toute sécurité. Nous effectuons des examens systématiques et contribuons à accroître les connaissances sur le sujet.

Il faut mettre les résultats de la recherche en pratique, ce qui implique la collaboration de tous les partenaires, soit les intervenants, le gouvernement, les sociétés d'assurances, les médecins et autres professionnels de la santé, pour faire bouger les choses.

The Gerontological Society of America recently published some strategies and high priorities for research. Although this group is American based, it has Canadian representation with Michel Bédard, who is here today. The society's findings are consistent with ours note that screening, assessment and driver rehabilitation are high priorities for research.

We also have to bring together other areas, such as technology, which often isolates the older driver. We must also look at roadways. Although there are some instances where we are now looking at roadway conditions and how they are designed, it is fair to say that they were not designed with the older driver in mind when they were originally created. We must also look at vehicle modifications to make them more accessible and easier to handle for older drivers.

By using this approach and by trying to have all partners come together, solutions to prolong safe driving periods for older drivers can be better accomplished.

**The Chair:** Thank you very much. We have a number of senators on the list. I will begin with Senator Mercer. Let us welcome him back to the committee. It is good to see him back on his two feet.

**Senator Mercer:** It is great to be back on two feet. As I was off with my illness, I felt that I was becoming a study case for the Special Senate Committee on Aging.

I find all the comments interesting, but I want to go back to the original comments by Mr. Munroe. Other presenters talked about restricting driving and having a certain age for mandatory eye testing or mandatory driver's tests. But everyone danced around it and no one said, "Here is a number that we should use." Is there an optimum age where we should be looking at doing mandatory eye tests and mandatory driving tests?

I am at risk of getting in deep trouble at home, because my 88-year-old mother still drives. I think this is an important issue, but no one seems to have put a finger on it — I suspect for the very reason that no one wants to be the one accused of saying that all those above age level X should be tested.

**Mr. Munroe:** You asked a question which we were anticipating, as you can imagine. I want to ensure honourable senators that we did not collaborate. We are definitely all singing from the same song sheet. Perhaps, as usual, the government has not caught up to the public yet, but we all agree that assessment is imperative. At the CAA, we are not waffling on this but understand that this assessment process needs to begin and needs to be done by a regulatory authority. We believe it is in the political area where this decision of competence begins to be measured.

I like to think we do not have any difficulties at the beginning of the process in training, examining and giving conditional licences to young people when they first begin to drive. It is seen as a privilege and the government, through regulatory agencies, gives young drivers that privilege because they have been able to

La Gerontological Society of America a récemment rendu publiques certaines stratégies et priorités en matière de recherche. Même s'il s'agit d'un groupe américain, un de ses membres, Michel Bédard, ici présent, est canadien. La société en arrive à la même conclusion que nous : la recherche doit mettre l'accent sur le contrôle, l'évaluation et la réadaptation des conducteurs.

Il faut également tenir compte d'autres facteurs, comme la technologie — qui contribue souvent à l'isolement des conducteurs âgés — et les chaussées. Bien que la conception et l'état des routes fassent l'objet de quelques études, il faut reconnaître que le réseau routier n'a pas été construit en fonction des besoins des conducteurs âgés. Il faudrait aussi envisager de modifier les véhicules pour les rendre plus accessibles et manœuvrables pour ce groupe cible.

C'est de cette façon, en réunissant tous les intervenants, que nous pourrions trouver des solutions permettant aux personnes âgées de continuer à conduire en toute sécurité.

**La présidente :** Merci beaucoup. De nombreux sénateurs veulent poser des questions. Je vais commencer par le sénateur Mercer, que nous sommes d'ailleurs très heureux de revoir en pleine forme.

**Le sénateur Mercer :** Oui, je vais beaucoup mieux. Comme j'ai été malade et que j'ai dû m'absenter, j'ai eu l'impression, à un moment donné, de devenir un sujet d'étude pour le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement.

J'ai trouvé toutes les observations pertinentes, mais j'aimerais revenir sur celles de M. Munroe. D'autres témoins ont proposé d'imposer des conditions aux conducteurs et de fixer un âge à partir duquel un examen de la vue ou de conduite serait obligatoire. Cependant, tous ont tourné autour du pot, personne n'a voulu donner de chiffre. Alors, que serait l'âge optimal à partir duquel nous devrions commencer à imposer ce genre d'examen?

Je risque de m'attirer des ennuis à la maison parce que ma mère, qui a 88 ans, conduit toujours. Je crois qu'il faut aborder la question, mais personne ne s'est prononcé. J'imagine que nul n'aimerait qu'on lui reproche de vouloir soumettre à des examens tous ceux ayant atteint un certain âge.

**M. Munroe :** Comme vous vous en doutez, nous nous attendions à ce que vous posiez cette question. Je vous assure que nous ne nous sommes pas consultés, c'est tout simplement que nous sommes tous sur la même longueur d'onde. Peut-être que, comme toujours, le gouvernement n'est pas à l'écoute du public, mais nous croyons que ces examens sont incontournables. À la CAA, nous ne voulons pas nous étendre sur le sujet, mais nous sommes convaincus de la nécessité de mettre en place un processus d'évaluation qui devra relever d'un organisme de réglementation. À notre avis, la décision en matière de compétence appartient aux politiques.

Dans le cas des jeunes conducteurs, la formation, l'évaluation et l'octroi de permis assortis de conditions ne semblent pas poser problème. Conduire est un privilège que le gouvernement, par l'entremise d'organismes de réglementation, accorde aux jeunes qui ont pu prouver leurs aptitudes. Toutefois, quand les gens

prove their competence. When, at the end of their lives, that competence starts to leave, there is a reluctance to address that problem. We have no trouble pulling old cars off the roads so what about the drivers? We all recognize there is a point when we are no longer capable of driving. When a driver gets to that point, we need to have an impartial examination that can only be administered by a regulatory authority. It is unconscionable to put the weight of this decision on the family doctor. The family physician has a serious relationship with his or her patient and must have an engagement of trust, seriously violated in the minds of the patient that trust when the doctor takes away his or her mobility.

At the moment, it is voluntary. In our experience, when you have a voluntary program, those who know they can pass will take and it those who cannot will not come out to have their eyes examined when they cannot read the signs. This testing cannot be done voluntarily and the government needs to recognize this. Hopefully, through a subcommittee or via more witnesses discussing this issue, this committee can get to the bottom of when this must start. I feel strongly that it must start. It must be impartial and there should be no escaping the process.

**Senator Mercer:** You talked about conditional licensing used in certain provinces for young drivers. Restrictions are put on them. How can that be policed?

In the case of young people, I suppose the police take a visual of the driver and determine he or she looks to be in that age bracket where conditional licences are granted. Then it depends on how long they have been driving; conditional licences can be removed due to experience. It is very difficult for the authorities to understand. It is the same for older people. How do the authorities police that if we are going to use conditional licensing, or are you suggesting self-policing by people who know the terms of the restrictions? Is that your position? If not, how do you see the authorities proceeding?

**Mr. Munroe:** I am not sure of the policy on that; I do not think we have one because we do not see that as our responsibility. We see our role as advocating for having assessments at certain ages. That must be done.

We seem to have no problem in regulating conditional driving licences for younger people. Perhaps they get into trouble and their conditional licence is discovered. They realize they should not be out driving under those conditions and they are penalized in some way. There are many spot checks.

I would leave the issue of policing to the committee to examine and find some solution to that problem. However, there are checks now; we are able to police them in those provinces that have conditional licensing. I hope that the same process could be used in conditional licenses for aging drivers.

Families should be involved. If an aged mother, father or relative has been given a conditional licence and the parent starts to go out when he or she is not supposed to, he or she should be spoken to. There are other conditions that can be put on those licences. Some people might be restricted from driving on

vieillissent et que ces compétences commencent à défaillir, on semble peu enclin à aborder le problème. On retire les vieilles voitures de la circulation, alors pourquoi pas les conducteurs? Nous convenons tous qu'à partir d'un certain stade, nous ne sommes plus en mesure de conduire. Il faut alors soumettre les conducteurs à une évaluation impartiale, qui ne peut être effectuée que par un organisme de réglementation. Il est tout à fait déraisonnable de faire porter le fardeau de cette décision sur les épaules des médecins de famille. Ceux-ci entretiennent avec leurs patients des relations solides fondées sur la confiance. Les patients considèrent que les médecins trahissent cette confiance lorsqu'ils limitent leur mobilité.

Pour l'instant, la participation est volontaire. Toutefois, d'après notre expérience, seuls ceux qui pensent réussir un examen de la vue s'y présenteront volontairement. Ceux qui sont convaincus d'échouer parce qu'ils ne peuvent lire les panneaux s'abstiendront. Cette évaluation ne peut être faite sur une base volontaire, et le gouvernement doit le comprendre. J'espère que vous pourrez créer un sous-comité ou inviter d'autres témoins afin de déterminer à quel moment il convient d'imposer ces examens, qui doivent être impartiaux et obligatoires. Il faut passer à l'action sans tarder.

**Le sénateur Mercer :** Vous avez mentionné les permis assortis de conditions que certaines provinces accordent aux jeunes conducteurs. On impose à ces gens des restrictions, mais comment vérifier qu'elles sont respectées?

Dans le cas des jeunes, j'imagine que les policiers peuvent déterminer, simplement en les regardant, s'ils peuvent être visés par ces conditions. Tout dépend de leur expérience au volant; les permis assortis de conditions peuvent être retirés, selon le cas. Les autorités ont beaucoup de difficulté à admettre que c'est pareil pour les conducteurs âgés. Comment les autorités peuvent-elles effectuer des vérifications si on délivre des permis assortis de conditions? Insinuez-vous qu'on laisse l'initiative aux gens qui connaissent les restrictions auxquelles ils sont soumis? Sinon, quelle méthode les autorités devraient-elles adopter?

**M. Munro :** Je ne sais pas, je ne crois pas que nous ayons une politique à ce sujet, parce que nous ne considérons pas qu'il s'agisse de notre responsabilité. Notre rôle est de prôner l'imposition d'évaluations à certains âges. Il faut agir.

Il ne semble pas si difficile de réglementer les permis assortis de conditions accordés aux jeunes conducteurs. Si ces jeunes s'attirent des ennuis, les policiers se rendent compte qu'ils n'ont pas respecté les conditions auxquelles ils sont assujettis et ils sont pénalisés. Il y a de nombreuses vérifications ponctuelles.

Je laisse au comité le soin d'examiner le problème du respect des exigences et de trouver des solutions. Cependant, les provinces où ce genre de permis existe déjà parviennent à effectuer des vérifications. Le même processus pourrait s'appliquer aux conducteurs âgés.

Les familles devraient participer. Si une mère, un père ou un parent âgé est visé par des restrictions et qu'il ne les respecte pas, son entourage devrait lui en parler. On peut imposer différentes exigences, comme interdire l'accès aux routes de la série 100, par exemple, ou permettre des déplacements

100-series highways, for example, and be restricted to certain roads in their neighbourhood. There are many intelligent restrictions that could provide a senior citizen who has a physical disability but who is not totally incapable of mobility to be allowed to drive in some safer manner.

**Senator Mercer:** Doctor Scharfstein, I have a practical case of a neighbour who has lost her licence. She complained to her family physician of having short-term memory problems. She is an elderly woman, but spry and in good shape. However, she also happens to be the care provider for her older husband. She is the only person who drives in the family. She has a daughter who used to be able to drive but who has been diagnosed with a debilitating disease that prevents her from driving. Do doctors take into account the effect on the family?

What happened to her is her family physician referred her for assessment and the doctor who did the assessment, of course, notified the province's department of transportation. She received a notice in the mail that her licence was suspended. Her family is now isolated; not only her family but her daughter's family. No one in that family can drive, even to the grocery store. Fortunately, she has good neighbours who pitch in and drive her wherever she wants.

**Dr. Scharfstein:** Your question prompts many thoughts, the first being that physicians are expected and required in most provinces to report a suspicion or a condition which might — not “will” but “might” — interfere with the ability of an individual to drive safely. The physicians do not make the final determination and that is a very important distinction. It is one that is applied rather generally where physicians are providing medical information for a variety of programs, whether driving or access to a certain type of insurance, et cetera. We would argue that the physician's job is to provide objective medical information. I do not think you want physicians to have to weigh the myriad issues that might come into play and their effects because that cuts both ways. As was referenced early by Dr. Marshall, physicians may be reluctant to report because they know all the things you referenced plus have a life long history of a relationship. From my experience as a physician in practice, one of the most difficult conversations you will ever have with a patient as a family physician is the discussion about whether a person should drive again or not. I found that more difficult than most conversations in terms of restrictions as you age. We have tried to encourage physicians to focus on their responsibility to report medical information. It is the responsibility of others to take that and a great deal of other information to determine when and how a person might drive safely.

Regarding the earlier question about a specific cut-off age, there is not a magic cut-off but the screening would occur more frequently as you age. That is one approach that has been taken in a number of places with conditions that become more likely as you age. It is not only vision; many conditions that might negatively affect your ability to drive become more likely over time. I think one would propose that if we have appropriate screening in place, that screening should occur with increasing frequency as one ages. Therefore, in one's 20s and 30s, you might

uniquement dans un quartier donné. De nombreuses limitations pertinentes pourraient permettre d'assurer la sécurité au volant des personnes âgées atteintes d'une déficience physique mais encore capables de se déplacer.

**Le sénateur Mercer :** Docteur Scharfstein, j'aimerais parler de ma voisine, qui a perdu son permis parce qu'elle s'est plainte à son médecin de famille d'avoir des pertes de mémoire. Elle est âgée, mais active et en forme. Elle s'occupe aussi de son mari, plus vieux qu'elle. Elle est la seule à conduire dans la famille, puisque sa fille est maintenant atteinte d'une maladie débilitante qui l'en empêche. Est-ce que les médecins tiennent compte des répercussions que la perte de mobilité peut avoir sur toute la famille?

Son médecin de famille l'a renvoyée à un collègue, qui lui a fait passer des examens et qui, évidemment, en a informé le ministère provincial des Transports. Cette dame a été avisée par la poste qu'on lui retirait son permis. Sa famille et celle de sa fille vivent maintenant isolées, puisque personne ne peut conduire, pas même pour se rendre à l'épicerie. Heureusement, elle a de bons voisins qui l'amènent un peu partout.

**Dr Scharfstein :** Votre question fait réfléchir. Les médecins sont censés, et dans certaines provinces doivent, déclarer tout facteur médical, supposé ou avéré, susceptible — et j'insiste là-dessus — de réduire la capacité d'une personne à conduire de façon sécuritaire. Il est toutefois très important de noter que la décision finale n'incombe pas aux médecins. Ceux-ci fournissent, de façon générale, des renseignements à divers programmes, notamment pour les permis de conduire et des assurances particulières. Leur travail consiste à fournir des renseignements médicaux objectifs. Je ne crois pas qu'ils devraient avoir à se prononcer en prenant en considération la multitude de facteurs qui entrent en ligne de compte, parce que c'est à double tranchant. Comme le Dr Marshall l'a mentionné plus tôt, les médecins hésitent parfois à déclarer un problème parce qu'ils sont conscients de tous les éléments dont vous avez parlé, et qu'ils entretiennent une relation de longue date avec leurs patients. En tant que médecin pratiquant, je crois que ce qui est le plus dur à faire, c'est de discuter avec quelqu'un de sa capacité à conduire; c'est la restriction liée à l'âge la plus difficile à aborder. Nous avons essayé d'inciter les médecins à prendre la responsabilité de déclarer des renseignements médicaux. Il incombe toutefois à d'autres d'étudier ces renseignements et bien d'autres éléments, pour déterminer si une personne est apte à conduire sans risque.

Quant à l'âge limite, il n'y a rien de précis, mais les contrôles deviendraient plus fréquents avec l'âge. Certaines administrations ont déjà adopté cette formule. Il ne s'agit pas uniquement de détecter les troubles de vision, puisque de nombreux autres problèmes de santé pouvant réduire la capacité à conduire sont plus susceptibles d'apparaître en vieillissant. Un bon système de contrôle permettrait d'accroître la fréquence des vérifications avec l'âge. Par exemple, à 20 ou 30 ans, on subirait un premier examen de la vue, puis un autre 10 ou 20 ans plus tard, et ensuite de plus

have a vision test initially and 10 or 20 years later, you would expect to do that more frequently. If there was a standardized review or assessment process, you could cover the ageism issue by frequency of screening.

Currently, you are just relying on anecdotal reports and there are many people who have serious conditions who do not see physicians. They may not show up for screening and therefore may not be reported.

**The Chair:** To add to that, rather than having the attacks of ageism, which I think are quite legitimate, would it not be better to have reassessment at all age levels? Perhaps it would be less frequent in the 20s, 30s and 40s, but it would still exist. If it was not unheard of to randomly receive a notice from the Department of Transportation that a person at age 29, say, has to report for this assessment, the issue of ageism would be nullified to some degree. It would enforce the sense that driving is not a right, it is a privilege, and you have to be examined not only when you get your drivers' license but throughout your life. I know many poor drivers who are in their 30s.

**Dr. Scharfstein:** That would be highly supportable. A concern that we have generically that applies here specifically, is that physicians are left to adjudicate on the narrow scope of information that is the medical condition only. Physicians would rather not have to do that. They accept their responsibility in society because they have unique medical knowledge, but it would be better to have a process that clearly determines fitness to drive.

I often hear patients reflect that their doctor took their licence away or their doctor let them continue driving. I would suggest that neither is accurate, but it is perceived that way. It would be better to have a system that would adjudicate ability on a regular basis.

**Dr. Marshall:** I agree that as we age our health can be affected. You have to take into account that what you are trying to achieve is not necessarily achieved by an age cut-off. One of the common problems for older female drivers is that they stop driving when evidence suggests they are still competent drivers; it has to do with confidence. I refer the committee to a Scandinavian study dealing with age cut-offs. One country had mandatory age testing and the other did not. In the country with mandatory testing, many seniors did not go back to renew their licence because they felt they might not pass. However, they had a higher mortality rate for older persons experiencing pedestrian injuries. Therefore, what you are trying to achieve may not be the result with mandatory testing; it has to do with the notion of function.

Screening sounds simple. It means you are picking up people who may or may not be fit to drive but you have to go through the extra effort to show whether they are competent to drive. Like the analogy with cancer, you want a process that is sensitive, but you need the infrastructure to go through and assess individuals further, which can be challenging. It is easy to say we could use

en plus souvent. S'il existait un processus normalisé d'examen ou d'évaluation, on pourrait éviter la discrimination fondée sur l'âge en augmentant la fréquence des contrôles.

Pour l'instant, on ne se fie qu'à des rapports isolés. De plus, de nombreuses personnes atteintes de maladies graves ne sont pas suivies par un médecin. Si elles ne se présentent pas aux contrôles, elles ne seront jamais déclarées.

**La présidente :** Qui plus est, pour éviter de nous faire accuser, à juste titre, de faire de l'âgisme, ne vaudrait-il pas mieux procéder à des évaluations à tous les âges? Peut-être moins fréquemment pour les gens dans la vingtaine, la trentaine ou la quarantaine, mais tout de même. S'il était courant pour une personne de 29 ans, par exemple, de recevoir un avis du ministère des Transports l'invitant à subir un examen, la question de la discrimination serait contournée, dans une certaine mesure. On renforcerait le sentiment selon lequel conduire est un privilège, pas un droit, et qu'il faut être évalué non seulement pour obtenir son permis, mais aussi tout au long de sa vie. Je connais d'ailleurs de nombreux piètres conducteurs dans la trentaine.

**Dr Scharfstein :** Ce serait parfaitement acceptable. Un point nous préoccupe en général, mais plus particulièrement dans ce dossier : les médecins sont appelés à prendre des décisions sur la base de renseignements limités, soit les seules données médicales. Ils s'en passeraient bien. Ils assument leurs responsabilités dans la société en raison de leurs connaissances médicales exclusives, mais il vaudrait mieux mettre en place un processus établissant des critères clairs pour déterminer la capacité à conduire.

J'entends souvent des patients dire que leur médecin leur a retiré leur permis de conduire, ou qu'il leur permet de continuer à prendre le volant. C'est faux dans les deux cas, mais c'est ce que les gens pensent. Il faudrait donc un système pour juger périodiquement de la capacité à conduire.

**Dr Marshall :** À mesure que nous vieillissons, notre santé peut décliner. Il faut comprendre que l'objectif visé ne sera pas nécessairement atteint en fixant un âge limite. Par exemple, le problème le plus courant chez les conductrices âgées, c'est qu'elles cessent de conduire alors qu'elles en sont encore capables : c'est une question de confiance. Je me fonde sur une étude scandinave sur l'âge limite où l'un des pays imposait des examens à partir d'un certain âge, et l'autre non. Dans le premier, de nombreuses personnes âgées n'ont pas renouvelé leur permis de conduire parce qu'elles avaient l'impression qu'elles échoueraient à l'examen. Toutefois, ce pays avait un taux de mortalité plus élevé chez les piétons âgés. Par conséquent, les examens obligatoires pourraient ne pas donner le résultat escompté; tout est une question de capacités fonctionnelles.

Il semble simple d'effectuer des contrôles. Cependant, on évalue des gens qui peuvent ou non être aptes à conduire, et on doit alors déployer des efforts pour le déterminer. Si on établit une analogie avec le cancer, il faut un bon processus de détection, mais aussi les moyens nécessaires pour faire des examens approfondis, ce qui peut être difficile. C'est bien beau de parler

age-based testing, but it may be that screens that are more functional are the way to go.

**Senator Cordy:** I have had my driver's licence for 40 years and have never had to go back for anything. It is likely that others in the room can say the same thing. How would you go about it? The suggestion of retesting every 10 years is a good idea, and maybe every five years after you reach a certain age, whatever that happens to be. Can you see merit in that suggestion? Would it be workable to have people go back for retesting every 10 years?

**Dr. Marshall:** Typically, as we get older, we become more cautious and tend to have more driving experience. We can say confidently that many of the safest drivers on the road are older drivers. When we talk about function, we do not necessarily expect a decline in a person's functional abilities, unless that decline is health-based. However, a diagnosis alone will not determine a person's ability to function.

Diabetes can affect function but the diagnosis does not tell you much. There are people taking oral medications or on a diet to control the diabetes whose function would not be affected. Someone who took insulin could be at risk if his or her blood sugar gets too low. Others with diabetes for many years could have impaired vision that affects their ability to drive, but it varies from individual to individual.

Having people retest every 10 years may not be that worthwhile. We have to look at the overall benefit. Trends show that people become safer drivers as they get older unless there is some intervening event. Physicians and health care professionals have been brought in to assess this and have been given that responsibility. We can all agree that it may be difficult for the physician to do and possibly should be placed elsewhere.

**Senator Cordy:** All of you have indicated that physicians find themselves in a tough spot. Dr. Scharfstein said it is not the physician who takes the licence away, but I know families get together and say they are going to the doctor to see if they can have a parent's licence taken away. That is the reality.

One of our witnesses said that the doctor is the patient's advocate and the patient goes to see the doctor for help. Suddenly the doctor is the bad person because he or she has taken the licence away. It is an awkward position and the perception is that the doctor is in control.

It is possible that people who are told they cannot drive while taking medications that cause drowsiness will not comply with the prescription. If my doctor told me I could not drive while taking a certain prescription and my car was my only means of transportation, I might not take the medication. How do you get around all of those issues?

d'évaluations en fonction de l'âge, mais la meilleure méthode consisterait peut-être à effectuer des contrôles de la capacité fonctionnelle.

**Le sénateur Cordy :** J'ai mon permis de conduire depuis 40 ans et je n'ai jamais eu à repasser d'examen, et je ne suis probablement pas la seule. Comment vous y prendriez-vous? C'est peut-être une bonne idée que de procéder à des évaluations tous les 10 ans, puis tous les 5 ans après un certain âge. Êtes-vous d'accord? Est-ce faisable de faire passer des examens tous les 10 ans?

**Dr Marshall :** Normalement, en vieillissant, on devient plus prudent et on acquiert de l'expérience. Nous pouvons affirmer en toute confiance que beaucoup des conducteurs les plus prudents sur les routes sont âgés. On ne s'attend pas nécessairement à ce que les capacités fonctionnelles d'une personne déclinent, sauf en cas de problème de santé. Toutefois, un diagnostic n'est pas suffisant pour déterminer la capacité d'une personne à fonctionner.

Le diabète peut altérer les compétences fonctionnelles, mais le diagnostic en soi n'est pas très révélateur. Certaines personnes prennent des médicaments par voie orale ou suivent une diète pour lutter contre le diabète, ce qui ne réduit en rien leurs capacités. Toutefois, les gens qui s'injectent de l'insuline risquent l'hypoglycémie. Chez d'autres, qui souffrent de cette maladie depuis des années, le diabète a pu dégrader leur vision, ce qui les rend moins aptes à conduire, mais cela varie d'une personne à l'autre.

Inutile de soumettre les conducteurs à des examens tous les 10 ans. Il faut voir la situation dans son ensemble. Des statistiques montrent que les conducteurs ont tendance à devenir plus prudents en vieillissant, à moins d'un imprévu. On a donné aux médecins et autres professionnels de la santé la responsabilité de juger de la capacité des conducteurs. Nous convenons tous que c'est une tâche difficile qui devrait peut-être être assumée par d'autres.

**Le sénateur Cordy :** Vous avez tous dit que les médecins se retrouvent dans une situation difficile. M. Scharfstein a affirmé que ce ne sont pas eux qui retirent aux conducteurs leur permis, mais je sais que certaines familles décident d'aller chez le docteur pour essayer de faire annuler le permis d'un parent. C'est la réalité.

L'un de nos témoins a déclaré que les gens vont voir leur médecin pour qu'il les aide et les défende. Soudainement, il devient mauvais parce qu'il leur retire leur permis. Le docteur se trouve en effet dans une position délicate. Le public a l'impression que ce sont les médecins qui décident.

Il est possible que des personnes à qui on prescrit des médicaments causant la somnolence refusent de suivre leur ordonnance, sachant qu'elles ne pourront pas conduire. Si mon médecin me disait que je ne pouvais pas utiliser ma voiture, mon seul moyen de transport, pendant mon traitement, je ne prendrais peut-être pas mes médicaments. Comment éviter ce problème?

**Dr. Scharfstein:** I was involved with Saskatchewan Government Insurance exploring many of these very issues. This was about five to seven years ago and was based on the premise that we were not doing a very good job of identifying unsafe drivers from the medical perspective, a lot of collected information that was reported did not result in safer practices and was not evidence based. A few practical things came out of that. A pilot initiative, which was abandoned, suggested a separate cadre of physicians who would do driver medicals. That applies in the airline industry. A small number of physicians who have expertise are authorized to assess a pilot's ability to continue flying.

For example, we know of patients who will avoid going to their physician because they are desperately worried it may result in a problem with their continued driving. Some physicians are in the unenviable position of not knowing everything about someone to avoid that potential. Therefore, the thought was could we not have the specific physicians do driver medicals. They would do screening and be trained for that purpose.

The problem was the physicians who were doing those medicals found that the patients were not honest. Privacy legislation covering the insurance did not allow the screening physician to know in advance that the family physician sent Ms. Jones to see you because she is having seizures four times a day. The physician would see Ms. Jones and go through a list of medical conditions which she denied having and so would declare she is fine to drive.

It seemed that was a logical way to remove the onus from the family physician to a physician with that particular expertise. Then it is a matter of determining on the basis of good evidence how frequently that would be required.

The other thing that was done was to put in place a series of questions that the driver would have to answer which would screen for the majority of concerns when the driver applied annually for his or her licence renewal. If the driver did not tell the truth, it would have implications for his or her insurance. That was a simple initiative and easy to apply. On an annual renewal of your licence, you would have a few simple questions concerning your health. The vast majority of drivers, even as they grow older, are quite healthy and would not need screening. That way, it might help you to find those who do.

**Senator Cordy:** The shortage of physicians does not help.

**Dr. Scharfstein:** That compounds the problem. The other point would be the cost implications, which is why I think you need good evidence. The impetus to streamline the adjudication of information was that there was a flood of information coming in to the adjudicators of the driver insurance group that they were not finding all that meaningful. If you are going to hire physicians and others to do the screening, you need to have good evidence that there is a need for that because it would have a significant cost as well.

**Dr Scharfstein :** J'ai examiné nombre de ces questions avec la Saskatchewan Government Insurance, il y a cinq à sept ans. Nous étions partis du constat que nous n'arrivions pas à détecter les chauffeurs dangereux, du point de vue médical, parce qu'une grande partie des renseignements déclarés ne se traduisait pas par la mise en œuvre de pratiques plus sécuritaires et n'était pas basée sur des preuves. Nous avons pu établir quelques mesures concrètes. Un projet pilote, qui a été abandonné, proposait l'embauche de médecins spécialisés dans les examens médicaux pour les permis de conduire. C'est déjà le cas dans l'industrie de l'aviation : un nombre restreint d'experts sont autorisés à évaluer la capacité d'un pilote à voler.

Par exemple, nous savons que des patients ne consultent pas leur médecin parce qu'ils craignent de ne plus pouvoir conduire. Certains médecins se retrouvent dans la position peu enviable de ne pas en savoir assez sur la situation d'une personne pour pouvoir lui éviter ce sort. C'est pourquoi nous pensons que des médecins spécialement formés pourraient s'occuper des examens médicaux des conducteurs et des contrôles.

Malheureusement, les médecins qui faisaient ces examens ont constaté que les patients n'étaient pas honnêtes. La loi relative à la protection des renseignements personnels en matière d'assurance ne permettait pas au médecin de s'enquérir auprès du médecin de famille de la raison pour laquelle il avait référé Mme Untel, par exemple parce qu'elle faisait quatre crises d'épilepsie par jour. Il voyait Mme Untel et énumérait une liste de troubles médicaux qu'elle niait avoir, de sorte qu'il la déclarait apte à conduire.

Cela semblait une façon logique de déplacer le fardeau du médecin de famille vers un médecin ayant cette compétence particulière. Il s'agit ensuite de déterminer, en fonction d'une preuve solide, la fréquence de ces évaluations.

On a aussi mis en place une série de questions auxquelles le conducteur devait répondre et qui permettaient d'évaluer la majorité des préoccupations quand le conducteur présentait sa demande annuelle de renouvellement du permis. Si le conducteur ne répondait pas honnêtement, il s'exposait à des conséquences sur le plan de son assurance. Il s'agissait d'une initiative simple et facile à appliquer. Au renouvellement annuel du permis, il suffisait de répondre à quelques questions simples concernant la santé. La grande majorité des conducteurs, même en vieillissant, sont en très bonne santé et n'auraient pas besoin d'être évalués. Cette méthode vous permettrait peut-être de dépister ceux qu'il faut évaluer.

**Le sénateur Cordy :** La pénurie de médecins n'aide pas.

**Dr Scharfstein :** Elle exacerbe le problème. L'autre élément à retenir est le coût, raison pour laquelle il faut, selon moi, disposer d'une preuve solide. Le mouvement en faveur d'une simplification des renseignements à fournir s'explique du fait que les évaluateurs du groupe d'assurance automobile étaient inondés de renseignements qu'ils ne trouvaient pas très utiles. Avant d'engager des médecins et d'autres professionnels pour faire l'évaluation, il faut être sûr que le besoin est réel parce qu'une pareille démarche entraîne également des coûts importants.

**Senator Cordy:** Mr. Munroe, you spoke about things the government could do and one of them was improve public transit. When you look at the number of seniors living in rural areas whose children have moved to urban centres, so they do not have a neighbour, necessarily, who can take them places, how should the federal government get involved in public transit?

**Mr. Munroe:** I think the senator asks a good question. In other forms, we have addressed this and the federal government is addressing it as well with their infrastructure payments to municipalities. Proper transportation requires population density. It is difficult to send a bus down a dirt road for 15 miles to pick up an elderly person.

The transportation issue is one for the cities and I am pleased to note that the government is now addressing that issue. Beyond that, we have some experts in the audience and perhaps one of them would like to address that subject.

**Christopher White, Vice-President, Public Affairs, Canadian Automobile Association:** The Canadian Automobile Association has been long been advocating a national highway plan. When we are talking about rural transit, it is clear a national highway plan would not address that and that the infrastructure that the federal government has provided to the provinces and municipalities would not affect that. The CAA has been looking for and long believed in the need for greater collaboration between the provinces and municipalities on this issue.

What we have heard consistently is that there is a fair bit of criticism on the part of municipalities toward the federal government because of the off-loading of services. Therefore, I think perhaps one of the things that could be looked at is if the transportation committee could work more closely with the provinces and the municipalities. You could do something like we used to have in the City of Ottawa when I was growing up, which was the OC Transpo bus that would go around to the local communities and pick up people at their homes. Often in local communities in cities, everyone knows where the older people live and who among them does not have access. That may be an opportunity for the municipality to invest in some funding along those lines.

Clearly, at a national level, it is a very difficult issue. I do not think it is necessarily just the federal government's responsibility. It is a multi-level responsibility of all governments. However, where the federal government could help the provinces and the municipalities is with the investment of funding.

[Translation]

**Senator Chaput:** I have some questions of a general nature for all of the witnesses.

I look at this issue from two different angles. First of all, a person can lose their driver's licence because of their dangerous or risky behaviour. The individual may have committed an offence

**Le sénateur Cordy :** Monsieur Munroe, vous avez parlé de mesures que pourrait prendre le gouvernement, entre autres améliorer le transport en commun. Si l'on se fie au nombre de personnes âgées qui vivent en région rurale et dont les enfants sont partis habiter en ville, de sorte qu'elles n'ont pas forcément de voisin qui peut les transporter, que devrait faire le gouvernement fédéral sur le plan du transport en commun?

**M. Munroe :** Le sénateur pose une excellente question. Nous en avons parlé sous d'autres formes, et le gouvernement fédéral y voit également en versant des subventions aux municipalités dans le cadre de son programme d'infrastructures. Un bon service de transport en commun exige au départ une certaine densité de population. Il est difficilement justifiable de faire faire quinze milles de chemin de terre à un autobus pour transporter une seule personne âgée.

La question du transport concerne les villes, et c'est avec plaisir que je remarque que le gouvernement a commencé à s'en occuper. Si vous souhaitez en discuter, nous avons des experts dans la salle qui pourraient peut-être vous en parler.

**Christopher White, vice-président, Affaires publiques, Association canadienne des automobilistes :** L'Association canadienne des automobilistes prône depuis longtemps un plan en matière de routes nationales. Quand il est question de transport en région rurale, il est clair qu'un pareil plan ne réglerait rien et que l'infrastructure que le gouvernement fédéral a subventionnée auprès des provinces et des municipalités n'y changerait rien. La CAA est depuis longtemps convaincue de la nécessité de favoriser une plus grande collaboration entre les provinces et les municipalités à cet égard et elle y travaille.

Ce que nous avons constamment entendu dire, c'est que les municipalités critiquent plutôt vivement le gouvernement fédéral pour s'être délesté de cette responsabilité. Par conséquent, une des pistes que l'on pourrait explorer, c'est de voir si le comité des transports ne pourrait pas travailler plus étroitement avec les provinces et les municipalités. On pourrait faire quelque chose se rapprochant de ce qui se faisait à Ottawa, quand j'étais jeune, soit qu'un autobus d'OC Transpo fasse le tour des localités environnantes pour aller prendre les gens chez eux. Souvent, dans les petites localités proches de la ville, les gens savent où habitent les aînés et lesquels n'ont pas de transport. Ce serait peut-être une occasion pour la municipalité d'investir en ce sens.

De toute évidence, c'est une question très épineuse. Je ne crois pas qu'elle soit forcément de la compétence exclusive du gouvernement fédéral. Elle relève plutôt de tous les ordres de gouvernement. Cependant, là où le gouvernement fédéral pourrait jouer un rôle utile auprès des provinces et des municipalités, ce serait dans les fonds d'investissement.

[Français]

**Le sénateur Chaput :** Mes questions seront d'ordre général et s'adressent à tous les témoins.

Je me penche sur ce point sous deux optiques. Tout d'abord, lorsqu'on retire le permis de conduire à une personne, c'est toujours à cause d'un excès qui pose un risque. Il peut s'agir d'un

or acted recklessly, or may be suffering from an illness. With the exception of the latter case, taking away a person's licence is seen as punishment for behaving a certain way.

As for whether a person should lose their driver's licence when they reach a certain age, this action can be perceived as being unfair toward the older individual and a punishment of sorts. In my opinion, it is indicative of a lack of respect.

One of you said earlier that driving is a privilege. I have to admit that I never consider the matter in that light. Driving is not a right, but a privilege.

Perhaps we should take steps right away to make everyone more aware that driving is a privilege. That is why people must pass a test and why they must first obtain a learner's permit. People need to adopt a new attitude. We all have parents. And I can assure you that they consider driving as their right, not as a privilege. Therefore, we need to look at this issue a different way.

Certain types of driver's licences come with restrictions. A number of senior voluntarily agree to curtail their driving or to refrain from driving in poor weather — I am talking about rural communities, because I come from one such community. Some people cannot drive at night because of reduced visibility.

Many seniors already limit their driving. Perhaps we should consider rewarding them for their behaviour or providing them with an incentive of some kind. Perhaps they could qualify for lower insurance premiums, lower licence renewal costs or a reduction in their CAA membership dues.

How do you feel about adopting an approach that would reward people, rather than punish them, which is what the current perception seems to be?

**Dr. Bédard:** First of all, let me say that I agree with you completely. Age should never, under any circumstances, be the reason for taking away a person's licence.

It is important to have proper testing procedures in place for drivers so that they have confidence in our ability to rate their skills fairly.

Age is a factor that can impact a person's driving skills. However, it does not mean that seniors can no longer drive safely. This is an accepted fact.

As for voluntary restrictions, as you pointed out, most people voluntarily limit the amount of time they spend behind the wheel. They realize that they may have problems or that they are not as comfortable driving in certain conditions. As Mr. Marshall said earlier, according to some findings, it may be safer to issue licences with restrictions. However, some cases are more problematic, such as cases of people with dementia.

crime, d'un comportement dangereux ou d'une maladie. Sauf dans les cas de maladie, le retrait du permis est perçu comme une punition. On retire le permis suite à un événement.

Lorsqu'on se pose la question de savoir à partir de quel âge on doit considérer retirer le permis de conduire d'une personne, le geste est perçu comme une punition, ce qui est injuste à l'égard de la personne âgée. D'après moi, cela engendre un manque de respect.

L'un d'entre vous a dit tout à l'heure que conduire était un privilège. Je dois vous avouer que je n'y avais jamais pensé sous cet angle. Ce n'est pas un droit, mais un privilège.

Peut-être faudrait-il commencer immédiatement à sensibiliser tout le monde à l'effet que conduire est un privilège. C'est pourquoi on doit passer un examen et c'est pourquoi on doit obtenir tout d'abord un premier permis. Il s'agit d'un changement d'attitude. Nous avons tous des parents. Et je puis vous assurer que dans leur esprit, il ne s'agit pas d'un privilège mais d'un droit. Il faudrait donc changer cette optique.

Fait intéressant, on émet également des permis de conduire avec restrictions. Plusieurs personnes âgées font une déclaration volontaire en ce sens. Elles conduiront moins loin, ne sortiront pas par mauvais temps — je parle du milieu rural, car je viens de ce milieu. Certaines personnes ne peuvent conduire le soir car la visibilité est réduite.

Plusieurs personnes âgées adoptent déjà ce comportement. Peut-être faudrait-il voir à les récompenser. Il faudrait trouver un incitatif. Cette récompense pourrait prendre la forme d'une réduction du coût des primes d'assurance, une réduction des cotisations pour le renouvellement du permis, ou encore une réduction des frais d'adhésion au CAA.

Que pensez-vous de cette idée d'en arriver plutôt à un incitatif pour les permis avec restrictions plutôt que le côté punitif, tel que c'est perçu en ce moment?

**Dr Bédard :** J'aimerais tout d'abord souligner que vous avez entièrement raison, L'âge ne devrait, en aucun cas, être utilisé pour retirer le permis.

À ce point de vue, il est important d'avoir des processus d'évaluation adéquats des conducteurs afin que ceux-ci aient confiance en notre capacité à évaluer leurs aptitudes de façon juste.

L'âge est un marqueur en ce qui a trait aux changements qui se produisent. Il n'est toutefois pas un indicateur qu'une personne ne pourra plus conduire de façon sécuritaire. Ce fait important est accepté.

En ce qui a trait aux restrictions volontaires, comme vous le souligniez, la plupart des gens s'imposent, de leur plein gré, des restrictions volontaires. Ils s'aperçoivent qu'ils ont peut-être des difficultés ou qu'ils sont moins confortables dans certaines situations. Comme M. Marshall l'a dit plus tôt, certaines données démontrent que le fait de posséder un permis avec des restrictions est peut-être plus sécuritaire. Mais il y a des cas plus

Occasionally, seniors do not realize that they are experiencing problems, or they get behind the wheel when they really should not be driving.

The whole question of incentives poses a bigger problem. I have already discussed with insurance companies the possibility of offering discounts to seniors for new driving lessons. It is not a simple question. Since most seniors already drive safely, their premiums are not very high as it is. There are not a lot of options out there. The important thing is not to take action that could be deemed punitive. That is why I emphasize the importance of maximizing and improving safe driving. Most of us do not drive as well as we should. We need to employ safer driving techniques, and perhaps even take a driver's refresher course every five years. People talk about periodic testing, but not about making people take the occasional new course. It is important to adopt a comprehensive approach to dealing with this issue.

**Senator Chaput:** According to your research, are more accidents caused by seniors behind the wheel?

**Dr. Bédard:** Research shows that taking into account the average distance travelled, seniors are at a slightly higher risk of having an accident than the average age driver. However, in absolute terms, seniors have fewer accidents because they drive less. Because they present a lower risk, their insurance premiums are much lower.

[English]

**Senator Chaput:** Does anyone else have a comment?

**Dr. Marshall:** That is a very good point. It has to do with the culture of how we perceive driving. I agree that it is perceived as a punishment, almost a loss, and not only is the health loss associated with it, but also the driving loss is associated with it. Among the many things we prepare for in life, the notion of driving retirement is not prepared for. When you lose your driver's licence, not only are you losing your ability to get around, you are losing your residence if you live in the country, your independence, your social club and so forth. All of those are losses.

We have to look at anticipating that, and it is why we need to come together from different avenues. For instance, many people give up driving even without mandatory reporting or being taken away by physicians because their health deals them a blow. Many average individuals live up to a decade after driving, whether they end up in a nursing home or long-term care facility or even their own home. It is not something that is unexpected, but we have to turn it around.

The other important thing is some people do not seek out their physician for reversible health care problems because they are afraid it will affect their driving status. It has to be turned around as glass half full versus half empty. It has to be seen as a positive, namely, let us look at what we can do to keep you driving versus

problématiques comme les cas de démence. Et parfois, les personnes âgées ne se rendent pas compte qu'elles ont des difficultés et elles conduisent alors qu'elles ne le devraient pas.

Pour ce qui est des incitatifs, c'est plus problématique. J'ai déjà discuté avec des compagnies d'assurances de la possibilité d'offrir des rabais permettant aux personnes âgées de prendre de nouveaux cours de conduite. C'est un peu difficile parce qu'en fin de compte, comme la plupart de personnes âgées conduisent de façon sécuritaire, les primes ne sont pas très élevées. Il n'y a pas beaucoup d'autres possibilités. Il est important de ne pas être punitif. C'est pour cela que je parle beaucoup d'optimiser et d'améliorer la conduite sécuritaire. La plupart d'entre nous ne conduisent pas aussi bien qu'ils le devraient. Il faudrait conduire de façon plus sécuritaire, peut-être rafraîchir nos connaissances de la conduite automobile à tous les cinq ans. On parle d'évaluation périodique, mais on ne parle pas des nouveaux cours donnés de façon périodique. Il faut avoir une approche globale.

**Le sénateur Chaput :** Vos recherches démontrent-elles qu'il y a un pourcentage d'accidents plus élevé causés par des conducteurs plus âgés?

**Dr Bédard :** Les recherches démontrent que lorsqu'on fait une moyenne des distances parcourues par les gens, les personnes plus âgées sont un peu plus à risque d'avoir un accident que celles d'âge moyen. Mais si on regarde en données absolues, les gens âgés ont moins d'accidents parce qu'ils conduisent moins. Et puisqu'ils sont moins à risque, les primes d'assurance sont beaucoup moins élevées.

[Traduction]

**Le sénateur Chaput :** Quelqu'un a-t-il d'autres observations à faire?

**Dr Marshall :** C'est là un excellent point. Il concerne en fait notre perception de la conduite automobile. Je conviens que c'est perçu comme une punition, une perte presque, non seulement sur le plan de la santé, mais aussi sur le plan de la conduite. L'idée de cesser de conduire ne fait pas partie des nombreuses choses auxquelles on se prépare dans la vie. Quand on perd son permis de conduire, non seulement n'a-t-on plus de moyen de déplacement, mais on perd aussi son lieu de résidence si l'on habite à la campagne, son indépendance, son cercle social et ainsi de suite. Ce sont là toutes des pertes.

Il faut anticiper ces pertes, et c'est pourquoi il faut s'attaquer au problème sous divers angles à la fois. Par exemple, bien des personnes cessent de conduire, même sans déclaration obligatoire ou interdiction du médecin à cause d'un problème de santé. Une grande partie de la population vit en moyenne jusqu'à une décennie après avoir cessé de conduire, que ce soit dans un centre d'hébergement, un établissement de soins prolongés, voire chez eux. Ce n'est pas comme si c'était imprévisible, mais il faut inverser la tendance.

Autre fait important, certains ne consultent pas leur médecin pour des problèmes de santé réversibles parce qu'ils craignent de perdre ainsi leur permis. Il faut modifier leur façon de penser, leur faire voir que le verre est à moitié plein, plutôt qu'à moitié vide. Il faut qu'ils en viennent à voir cela comme un événement favorable,

the threat. Unfortunately, our culture is one of “we want your licence.” It is as if we want to grab it back from you whereas it is quite the opposite. We all want older drivers to keep on driving. I think even the insurance industry will agree that some of their best drivers are older drivers. It is just the attitude or the prevailing perception that it is the case that we want to take this away from people, so, of course, they are timid and fearful. We all want to be safe drivers. We do not want to be the cause of an injury to someone else or to ourselves. You have raised a good point, namely, the perception out there, and it has to be addressed.

**Senator Stratton:** This discussion has been interesting, reaching that age myself and watching the body slowly deteriorate over time. It is amazing what you do in your youth that you pay for now. It does not take much.

**The Chair:** Telling stories?

**Senator Stratton:** Not deliberately.

**Senator Mercer:** We may want to turn the cameras off.

**Senator Stratton:** Exactly. There is an interesting story, and this is a sidebar. The famous actress Bette Davis was asked, when she was getting older, what it was like to get older. She looked at the interviewer and said, “Growing old ain’t for sissies.” It is true.

My point of view, and I agree with some of the presenters, is that we have to encourage independence for as long as possible. To me, that is a fundamental principle.

The issue of independence as long as possible, no matter where you live, is the fundamental principle on which you operate. Looking at that principle, we can ask how serious this problem is. Is it serious enough that we need to do mandatory testing at specific ages? I liked Dr. Marshall’s statement about the two Scandinavian countries, one which had mandatory testing and the other did not. You do not see a reason to substantiate the mandatory testing at certain ages. I know one retired senator now in his nineties who is completely independent and drives around quite well. I look at that and say I hope I can reach that age and do that.

If you have that as a second principle, then you look at it on the basis of who is ultimately responsible. You have to put a lot of the onus on the person. I like the idea of Saskatchewan where drivers fill out a form on their annual licence renewal that asks whether you have a medical condition. That is a good idea.

Family and friends are critical to what is taking place. If someone is isolated rurally, you would think there would be family and friends around, for the most part. However, when we were looking at Canada pension payments and people collecting

soit de trouver un moyen de les laisser conduire plutôt que de brandir la menace d’une perte du permis. Malheureusement, on pense souvent, dans notre culture, qu’on privilégie le retrait du permis. On croit qu’on cherche à nous le reprendre, alors que c’est tout le contraire. Nous souhaitons que tous les conducteurs âgés puissent continuer de prendre le volant. Même les compagnies d’assurances, je crois, reconnaîtront que leurs meilleurs assurés sont parfois les conducteurs âgés. C’est tout simplement une question d’attitude ou d’impression dominante — on croit qu’on vise à enlever le permis —, de sorte que les personnes deviennent, naturellement, timides et craintives. Nous souhaitons tous être des conducteurs prudents. Nous ne souhaitons pas être la cause de blessures. Vous avez soulevé là une excellente question, soit la perception qui existe, et il faut y trouver une solution.

**Le sénateur Stratton :** La discussion m’a intéressé, puisque j’arrive moi-même à cet âge vénérable et que je constate les ravages physiques du temps. Il est étonnant de voir ce qu’on fait dans sa jeunesse dont on ne paie le prix que plus tard. Il ne faut pas grand-chose.

**La présidente :** Allez-vous nous raconter des histoires?

**Le sénateur Stratton :** Pas si je peux l’éviter.

**Le sénateur Mercer :** Il se peut qu’on demande de fermer les caméras.

**Le sénateur Stratton :** Justement. J’ai une anecdote intéressante à vous raconter, en à-côté. On a demandé à la célèbre actrice Bette Davis, alors qu’elle prenait de l’âge, comment c’était de vieillir. Elle a fixé l’intervieweur du regard et lui a répondu : « Vieillir, ce n’est pas pour les poules mouillées ». C’est vrai.

À mon avis, et je suis d’accord avec ce qu’ont dit certains témoins, il faut encourager l’autonomie le plus longtemps possible. Il s’agit là, pour moi, d’un principe de base.

La question du maintien de l’autonomie le plus longtemps possible, quel que soit l’endroit où vous habitez, est le principe à la base de tout ce que vous faites. À l’examen de ce principe, on peut se demander à quel point le problème est grave. Est-il si grave qu’il faut soumettre les personnes d’un certain âge à des examens obligatoires? J’ai bien aimé ce qu’a dit le Dr Marshall au sujet des deux pays scandinaves, soit qu’un avait en place des examens obligatoires et l’autre, pas. On ne voit pas de raison justifiant l’imposition d’examens obligatoires à un certain âge. Je connais un sénateur nonagénaire à la retraite qui est tout à fait autonome et conduit très bien. Quand je le vois, j’espère pouvoir faire de même moi aussi à son âge.

Si l’on souscrit à ce deuxième principe, il faut chercher à savoir qui, en bout de ligne, est responsable. Il faut qu’une grande partie du fardeau incombe à l’individu. J’aime bien l’idée de la Saskatchewan où les conducteurs remplissent chaque année un formulaire accompagnant leur demande de renouvellement de permis dans laquelle ils doivent déclarer tout trouble médical. C’est une bonne idée.

La famille et les amis sont essentiels à ce qui se passe. Si quelqu’un vit isolé à la campagne, on pourrait croire qu’il sera entouré de famille et d’amis, la plupart du temps. Toutefois, quand nous avons examiné la question des chèques de pension

Canada pension, we found that men, in particular, which was the surprising part, do not apply. You have to go and find them. It may be that the onus is put on the municipality only to that degree, that if there is a problem that they have to go and find someone. I do not think you can put the onus on the municipality to do something.

The third principle that you need to go by to allow that independence as long as possible involves the physician. If someone goes in for a medical, and the physician finds something, I do not know how he or she gets rid of that responsibility. I do not know how you can say the physician should not have to do something. For example, my ophthalmologist might say there is a certain level by which I have to be able to operate, because it was in conversation when I was having my eyes tested, to have the ability to drive. If you read the CAA conditions in different provinces, most of it concerns vision.

With those points that I listed, what I do not like is for government to get too involved in this simply because you cannot control everything. I get a little concerned when we say we can have government do this when, in effect, family and friends do it and the individual responsibility is there to do it. The responsibility of the testing bureau would be to ask the questions on the annual licence renewal form. I do not know how physicians get out of it. I would ask for your comments, doctor.

**Dr. Scharfstein:** I do not think physicians need or want to get out of it. Physicians have a basic premise, and it is balancing their patient's rights and respecting their confidentiality and what you owe society. In every case, physicians have to weigh that, and the underlying assumption is that a physician is obliged to report any and all medical circumstances where there is a serious threat to society or to other individuals, including driving.

A better example is child abuse. Physicians are required to report suspicions, even though that seriously compromises a patient-doctor relationship.

I do not think physicians want to get out of that; I think they understand that responsibility. They simply do not want to be put in the position of being the adjudicator of those issues. Physicians simply want to report medical conditions and leave it to the regulators to determine eligibility. There is a sense that in some way physicians are determining whether people can or cannot drive. What we are saying is that they ought not to. For example, the majority of unsafe drivers on the road are not unsafe because they are old or sick; they are just not safe drivers. Statistically you see that it is the young and new drivers who have higher accident rates.

émis par le Canada et de ceux qui les touchent, nous avons constaté que les hommes plus particulièrement, ce qui était étonnant, ne font pas de demande. Il faut les trouver. Peut-être est-ce parce que la responsabilité n'incombe que partiellement à la municipalité, en ce sens que, s'il y a un problème, il faut trouver quelqu'un. Selon moi, on ne peut pas imposer le fardeau d'agir à la municipalité.

Le troisième principe qu'il faut respecter, c'est que le maintien de l'autonomie le plus longtemps possible engage la participation du médecin. Si quelqu'un se présente pour un examen médical et que le médecin trouve quelque chose, j'ignore comment le médecin se déleste de cette responsabilité. Je ne vois pas comment vous pouvez dire que le médecin n'est pas obligé d'y donner suite. Par exemple, lors de la rencontre pour mon examen de la vue, mon ophtalmologiste pourrait dire qu'en deçà d'un certain niveau d'acuité visuelle, je ne peux pas conduire. Si l'on se fie aux conditions qui dominent dans les différentes provinces selon la CAA, la plupart ont trait à la vue.

Étant donné les points que je viens d'énumérer, ce qui me déplairait, ce serait que le gouvernement s'engage trop dans ce processus, simplement du fait qu'on ne peut tout contrôler. Je m'inquiète un peu quand j'entends dire qu'il faudrait que le gouvernement le fasse alors que, dans les faits, c'est à la famille, aux amis et à la personne concernée de le faire. La responsabilité du bureau d'examen serait de poser des questions auxquelles il faut répondre dans la demande annuelle de renouvellement du permis. Je ne comprends pas comment des médecins peuvent ne pas s'acquitter de leurs obligations. J'aimerais avoir votre opinion à cet égard, docteur.

**Dr Scharfstein :** Je ne crois pas que les médecins cherchent à esquiver leurs responsabilités ou à s'en délester. Ils partent d'un principe fondamental, soit qu'il faut frapper un équilibre entre les droits du patient et les obligations à l'égard de la société, tout en respectant la nature confidentielle de la relation avec le patient. Chaque fois, le médecin doit peser ces préoccupations, l'hypothèse de départ étant qu'il est tenu de déclarer tout trouble médical qui compromet gravement la sécurité de la société ou d'autres personnes, y compris sur le plan de la conduite.

Un meilleur exemple est l'enfant maltraité. Le médecin est tenu de signaler tout cas suspect, au risque de compromettre gravement sa relation avec le patient.

Je ne crois pas que les médecins cherchent à se débarrasser de cette responsabilité. Je crois qu'ils en comprennent la nature. Ce qu'ils ne veulent tout simplement pas, c'est d'être obligés de trancher. Ils préféreraient uniquement signaler les troubles médicaux et laisser les instances de réglementation décider de l'aptitude à conduire. On a l'impression que, en un certain sens, ce sont les médecins qui décident de qui peut conduire. Cela ne devrait pas être. Par exemple, la majorité des conducteurs dangereux sur la route ne le sont pas parce qu'ils sont vieux ou malades, mais bien parce qu'ils ne sont pas prudents. Si l'on se fie à la statistique, ce sont les jeunes et les nouveaux conducteurs qui ont les taux les plus élevés d'accident.

With respect to your comment on whether we should do anything, I would agree with your point. We ought to have a lot of evidence first about the relative safety or lack of safety of aging drivers before we put in place anything robust or difficult to enforce. I am not sure that all that evidence exists yet. That may be required first.

**Mr. Munroe:** The senator has outlined concisely the problems with the voluntary system that we enjoy today. It is not very successful.

We have clear evidence that the public is ready to move ahead with this. I mentioned in my presentation that Earncliffe did a study for us in 2004. About 95 per cent of Canadians who responded to that survey indicated that they were ready for mandatory testing at some point. The question is, at what point?

I can give you some anecdotal evidence. In many cases, we abdicate our responsibility. We all must take ownership of this problem. Committees like this, the government, the regulatory agencies and the CAA are trying to do our part. We do not necessarily agree with the voluntary system. There are certainly ways that it can be strengthened, as my learned friends have indicated. Perhaps that is the least difficult, most politically astute way to deal with this, because we then are off the hook. However, to apply mandatory testing at some point will certainly resolve the problem.

To make Dr. Marshall's point, at age 12, I recall going down to the ball field in Cape Breton, where I grew up, and being told I could no longer play little league because I was too old. I was heart broken, but that was the very first indication to me that the world had limits. We grow up with limits, and I think Dr. Marshall made an incredibly astute point, namely, that we do not apply that same culture to driving. We seem to believe, as Senator Chaput said, that we have a right to drive. Obviously, we do not. We believe at the CAA, and I believe, that there are conditions that come along as you get older that can indicate a problem. It is certainly the responsibility of the medical profession to do this, but we are uncomfortable with applying these rules and intruding on these doctor-patient relationships. We think it is wrong for society to do that. The way to eliminate all these problems is to have mandatory testing.

I recently saw a case where we abdicated our responsibility. It was a sad case in Halifax — you may have heard of it. An elderly gentleman was going up Robie Street, a divided road with 50-kilometre speed limit. This gentleman came up to a crosswalk with flashing rights — it is well known — that goes across to the Halifax Commons. All the cars stopped. This young lad came out and ran across the crosswalk. The elderly gentleman hit him and killed him. He continued, drove up and parked at the side of the street. The police came and this gentleman sat in his car. When he finally came out of his car, at the behest of the police, he had to

Quant à ce que vous avez dit au sujet de ce qu'il faudrait faire, je souscrirais au point que vous avez fait valoir. Il faudrait attendre d'avoir beaucoup d'éléments de preuve concernant la sécurité relative ou le manque de sécurité relatif des conducteurs âgés avant de mettre en place des mesures musclées ou difficiles à appliquer. Je ne suis pas convaincu qu'une telle preuve existe. Ce serait peut-être une condition préalable.

**M. Munroe :** Le sénateur a décrit avec concision les problèmes posés par le régime volontaire actuel, qui n'est pas très efficace.

On a bien établi que le grand public est prêt à aller de l'avant avec cette mesure. J'ai mentionné dans ma déclaration qu'Earncliffe a fait une étude pour nous en 2004. Environ 95 p. 100 des Canadiens qui ont répondu au questionnaire ont dit qu'ils étaient disposés à imposer des examens obligatoires à un moment donné. La question est de savoir à quel moment au juste.

Je peux vous fournir une certaine preuve anecdotique. Souvent, nous renonçons à assumer nos responsabilités. Il faut que nous reconnaissons tous que le problème nous appartient. Des comités comme le vôtre, le gouvernement, les instances de réglementation et la CAA tentent de faire leur part. Nous ne souscrivons pas forcément au régime de déclaration volontaire. Il existe certainement des moyens de le renforcer, comme l'ont précisé mes érudits collègues. C'est peut-être la façon la plus facile, la plus fine, sur le plan politique, de régler le problème, parce qu'ensuite, on n'est plus responsable. Toutefois, l'imposition d'examen obligatoires à un moment donné réglera assurément le problème.

Pour renchérir sur ce qu'a dit le Dr Marshall, à 12 ans, je me rappelle m'être présenté sur le terrain de balle, à Cap-Breton, où j'ai grandi, et m'être fait dire que je ne pouvais plus jouer dans la petite ligue parce que j'étais trop vieux. J'en avais le coeur brisé, mais pour la toute première fois de ma vie, j'ai été confronté à des limites. Nous grandissons dans le cadre de ces limites, et le Dr Marshall a fait valoir un point très important, soit que nous n'imposons pas de limite à la conduite automobile. Nous semblons croire, comme l'a dit le sénateur Chaput, que conduire est un droit. Manifestement, ce n'est pas le cas. La CAA et moi-même sommes convaincus que des troubles qui se manifestent durant le vieillissement indiquent la présence d'un problème. Il est certes de la responsabilité de la profession médicale de les signaler, mais l'idée d'appliquer ces règles crée une malaise, et il nous répugne de nous insérer dans les relations entre un patient et son médecin. Nous estimons qu'il est mal pour la société de le faire. La façon de régler tous ces problèmes, c'est d'imposer des examens obligatoires.

J'ai suivi récemment une affaire dans laquelle nous avons abdicé nos responsabilités. C'est un incident malheureux qui est survenu à Halifax — vous en avez peut-être entendu parler. Un vieux monsieur circulait sur la rue Robie, une rue à chaussées séparées où la vitesse maximale est de 50 kilomètres/heure. À la hauteur d'un passage pour piétons avec feux clignotants — une intersection bien connue qui mène au parc Halifax Commons, toutes les voitures se sont immobilisées. Un jeune s'est élancé en courant dans le passage pour piétons. Le vieux monsieur l'a frappé mortellement, puis a continué de rouler et s'est garé le long

have his four-legged walker. That is the first problem. This matter, of course, went through the courts. The second problem was who was at fault, who should be blamed and where are the lawsuits going, and so on? However, six months later, he was given his licence back and he is still driving, as far as I know. There is something intuitively wrong with a system that allows that kind of situation to continue. Obviously, that gentleman had problems that should have been addressed. We just said, “No mandatory testing. We do not need to know. We do not have the right to know.” Perhaps there was no physician involved, which also is unconscionable.

We believe that mandatory testimony must happen at some time, which needs to be determined. The CAA would like to participate in the debate and the discussion, if you should choose to have a subcommittee or some other body struck to try to work this out. We would like to work with our fellow physicians. Dr. Marshall made unbelievable points, as did Doctors Scharfstein and Bédard. What am I doing with all these doctors? It is great to be with them and it is wonderful to have the opportunity to understand their position and to put forth ours.

**The Chair:** Thank you. We have run out of time, but there is one area I must deal with — and it is one, Dr. Scharfstein, which you raised. It has nothing to do with driving and everything to do with the whole issue of professions judging other members of professions as to their competency to continue to practice. I am a teacher.

My experience as a teacher is that we did not do a very good job of weeding out those who were not particularly good at their jobs. It is fine to put these things in a code of ethics, but, realistically, as we have physicians who are getting older and older, will there not be some stronger limitations that we will have to put in place? If Dr. Keon were here, he would be the first to say that he did not believe that he was capable of doing the intricate heart surgery that he did over a certain age, so he stopped doing that type of surgery. He also went on to say — and this is on the record — that he would not want a 70-year-old neurosurgeon operating on him, thank you very much. If we will not have mandatory retirement — and that is a given, because it has been tossed out straight across the land — how will we ensure that competent people in a variety of professions are functioning and incompetent people are not?

**Dr. Scharfstein:** First, I take the premise, absolutely, that we must do that. It is no more important than in the medical profession. I tried to point out that much has been done. I guess whether enough is being done is the question.

You pointed that out Dr. Keon should not be doing open-heart surgery at his stage in life, but he is still a very valuable contributor as a medical practitioner, in a more restricted way, like restricted driving. The vast majority, if not universally, of physicians, as their skills decline, either restrict on

du trottoir. À l'arrivée des policiers, le monsieur était assis dans sa voiture. Quand il en est finalement sorti, à la demande des policiers, il avait besoin de sa marchette. C'est là le premier problème. Bien sûr, l'affaire s'est retrouvée devant les tribunaux. Le deuxième problème était de déterminer qui était en faute, qui était à blâmer, quel tribunal saisir de l'affaire et ainsi de suite. Toutefois, six mois plus tard, on a rendu au monsieur son permis et, que je sache, il conduit encore. Il y a quelque chose d'intuitivement pervers dans un système qui permet à ce genre de situation de persister. Manifestement, le monsieur avait des problèmes auxquels il aurait fallu voir. Non, nous avons simplement décidé qu'il n'y aurait pas d'examen obligatoire, qu'il est nécessaire de savoir et que nous n'en avons pas le droit. Peut-être un médecin n'a-t-il pas été consulté, ce qui est également scandaleux.

À notre avis, tôt ou tard, il faudra imposer les examens obligatoires. Il s'agit de déterminer à quel moment le faire. La CAA aimerait participer au débat, si vous décidiez de former un sous-comité ou un autre organe pour essayer d'en fixer les modalités. Nous aimerions travailler de concert avec nos collègues médecins. Le Dr Marshall a fait valoir des points fort utiles, tout comme les Drs Bédard et Scharfstein. Comment donc me suis-je retrouvé en compagnie de tous ces médecins? J'en suis ravi, et il est fantastique de pouvoir connaître leur position et leur exposer la nôtre.

**La présidente :** Merci. Notre temps est écoulé, mais je dois aborder un autre sujet — vous en avez parlé, docteur Scharfstein. Cela n'a rien à voir avec la conduite. Je veux plutôt parler de toute la question des membres de professions qui évaluent leurs pairs afin de déterminer s'ils ont toujours les compétences voulues pour continuer leur travail. Je suis enseignante.

Mon expérience en tant qu'enseignante m'a montré que nous n'avons pas très bien réussi à éliminer les personnes qui ne sont pas compétentes dans leur travail. Il est bien de prévoir des mécanismes de protection dans un code d'éthique, mais, soyons réalistes, avec le vieillissement des médecins, ne faudrait-il pas mettre en place des restrictions plus sévères? Si le Dr Keon était ici, il serait le premier à raconter que lorsqu'il a jugé qu'il n'était plus capable de pratiquer des chirurgies cardiaques pointues comme avant, il a cessé de le faire. Il a également dit — et c'est dans le compte rendu — qu'il ne voudrait pas se faire opérer par un neurochirurgien de 70 ans, non merci. Si nous n'imposons pas la retraite obligatoire — et c'est le cas, on y a mis fin à l'échelle du pays — comment peut-on s'assurer que des personnes compétentes exercent leurs professions correctement et que les incompetents sont éliminés?

**Dr Scharfstein :** Tout d'abord, je pense que nous devons absolument nous assurer de cela. Et surtout en médecine. J'ai voulu souligner le fait que bien des progrès avaient été accomplis. Maintenant, je suppose qu'il faut se demander si c'est suffisant.

Vous avez dit que le Dr Keon ne devrait pas pratiquer des opérations à cœur ouvert à son âge; cependant, il peut encore être utile à la profession en tant que médecin, mais avec des restrictions, tout comme dans le cas de la conduite restreinte. La grande majorité, voire la totalité des médecins dont les facultés

their own or often, through privileging, are restricted to maintain a safe practice and they stop doing invasive surgery but still do other things. I think the premise is correct. I would actually be so bold as to suggest that the medical profession has probably done a fair bit more than most in that regard. We separate the advocacy groups like our association from the regulators. The colleges have a public mandate. There are usually 50 per cent lay members on their council. Most of their processes include public members on discipline and on credential committees, et cetera. Over the last 10 years, there has been a significant increase in the number of non-physicians who are part of that process. They need to be transparent because the assumption is that you do not police yourself and you need to demonstrate what you are doing openly. I think there is a lot there. I will note the *Shipman* case.

I think there is a light shining on the whole profession. I have kids who are teachers and brothers who are lawyers and I agree with your point that not all professions take the issue of self-regulation as seriously as they should or could. I do not mean to imply that it is perfect the way it is, you must have of the profession involved in self-regulation. They will know more about their colleagues and their competencies than non-physicians, for example. We often hear the term now not “self-regulation” but “profession-led”; that is, the profession takes a lead role, but with the public. I would suggest that in looking at that, to the best of my knowledge, the processes in place within the medical profession might serve as examples for other professions as well. I guess it is a balance of risk. I would be so bold as to say that I think in the vast majority of the circumstances that those are assuring relatively safe practices. It is not perfect for sure, but what you will hear from the Federation of Medical Regulatory Authorities of Canada is that the new initiative is something called “revalidation.” Adding that next level of assurance, where there will be a requirement to annually demonstrate what you are doing to maintain competence might be part of the missing piece that you reference.

**The Chair:** Thank you very much. Thank you to Mr. Munroe, Dr. Scharfstein, Dr. Bédard and Dr. Marshall. This has been a very interesting panel.

Our next panel includes Laura Watts from the Canadian Centre for Elder Law Studies, and Jeanne Desveaux, President of the Alzheimer Society of Nova Scotia. She is also the past National Chair of the Elder Law section the Canadian Bar Association.

**Laura Watts, National Director, Canadian Centre for Elder Law Studies:** As is often the case, we first heard from the insurance companies and the doctors and then the lawyers take the floor.

déclinent s'imposent eux-mêmes des restrictions ou, bien souvent, sont contraints à des mesures spéciales pour assurer une pratique sécuritaire; ils cessent d'effectuer des chirurgies effractives, mais ils peuvent faire d'autres choses. Je crois que le principe de base est bon. J'irais même jusqu'à dire que la profession médicale a fait plus de choses dans ce domaine que les autres. Nous faisons la distinction entre les associations professionnelles comme la nôtre et les organismes de réglementation. Les collèges de médecins ont un mandat public. Habituellement, 50 p. 100 des membres de leur conseil ne viennent pas de la profession. La majeure partie du temps, ils font appel à des représentants du public pour siéger à leurs comités de discipline et d'examen des titres, par exemple. Au cours des 10 dernières années, il y a eu une hausse importante de la participation de personnes qui ne sont pas médecins à ces activités de contrôle. Les procédures doivent être transparentes, parce que l'on part du principe selon lequel on ne se surveille pas soi-même et il faut montrer ouvertement ce qu'on fait. Je pense que c'est très important. Souvenez-vous de l'affaire *Shipman*.

Je crois qu'il y a une lueur d'espoir pour la profession. J'ai des enfants qui sont enseignants et des frères qui sont avocats. Je suis d'accord avec vous, ce ne sont pas toutes les professions qui prennent la question de l'autorégulation aussi au sérieux qu'elle devrait l'être. Je ne veux pas dire que les choses sont parfaites en médecine, et il faut que les membres d'une profession participent aux activités d'autorégulation. Ils en connaissent davantage sur leurs collègues et leurs compétences que des personnes qui, par exemple, ne sont pas médecins. On entend souvent parler maintenant d'activités « régies par la profession » plutôt que d'« autorégulation »; cela signifie que la profession joue un rôle de premier plan, mais avec la participation du public. Je dirais que, selon moi, ce qui est en place au sein de la profession médicale pourrait servir d'exemple à d'autres professions. Je pense que c'est une question d'équilibre des risques. J'irais même jusqu'à dire que, dans la grande majorité des cas, nos procédures garantissent des pratiques relativement sécuritaires. Les choses ne sont pas parfaites, bien sûr, mais la Fédération des ordres des médecins du Canada vous parlera de la nouvelle initiative qu'on appelle « revalidation ». En ajoutant ce niveau supplémentaire de protection, dans le cadre duquel il faut déclarer une fois par année ce que l'on fait pour conserver ses compétences, on a peut-être trouvé une partie de l'élément manquant dont vous parlez.

**La présidente :** Merci beaucoup. Je vous remercie, monsieur Munroe, docteur Scharfstein, docteur Bédard et docteur Marshall. Vous nous avez fourni des informations très intéressantes.

Nous accueillons maintenant nos prochaines expertes : Laura Watts, représentante du Canadian Centre for Elder Law Studies, et Jeanne Desveaux, présidente de la Société Alzheimer de la Nouvelle-Écosse. Mme Desveaux est également la présidente sortante de la Section nationale du droit des aîné(e)s de l'Association du Barreau canadien.

**Laura Watts, directrice nationale, Canadian Centre for Elder Law Studies :** Comme c'est souvent le cas, nous avons entendu en premier le témoignage des compagnies d'assurances et des médecins, puis c'est au tour des avocats.

*[Translation]*

Honourable Senators, thank you for inviting me here today. I am the National Director of the Canadian Centre for Elder Law Studies, or CCEL. The CCEL began doing research in 1999 and was incorporated in 2003.

*[English]*

The mandate of the Canadian Centre for Elder Law Studies is to improve the lives of older adults in relationship with the law, to advance law reform issues of particular interest to older adults and to be a leader in public legal education and information on these issues. It is a non-political, non-partisan organization that works collaboratively with key national and international stakeholders, including federal and provincial organizations, clinicians, judges, academics, et cetera. We engage in scholarly research and writing, we draft and comment on legislation and we engage in knowledge mobilization events. Today, I would like to talk about three particular issues and I have three key recommendations flowing from them.

How do we ensure that older adults are afforded the respect and self-determination of their individual rights as full members of Canadian society as protected by the Canadian Charter of Rights and Freedoms? My first issue is one of rights. How do we as Canadians address the complex issue of varying mental capabilities — what we have heard referred to today as mental competency, mental capacity or mental capability — such that the older adults are able to freely use their rights and to protect broader society as well? In other words, the balancing of rights issues with regards to mental capacity is my second point. My third point is questioning how Canada can be a leader in reducing social vulnerability and elder abuse and neglect issues.

I will put a face on these issues because each of our experiences with aging is personal by its very nature, and I often say it beats the alternative. I would like to tell you about Gladys. While this is not her real name and she is an amalgamation of a few cases, it will highlight some of the issues we are addressing, namely that of rights, mental capacity and vulnerability or elder abuse and neglect.

Gladys is an 89-year-old woman with some physical frailty in the form of hip problems; she has lived in her own neighbourhood in Western Canada for 40 years and has raised her children. Her daughter lives in Toronto and the other son lives nearby but is a bit of ne'er-do-well and there is an interested nephew in Halifax.

*[Français]*

Honorables sénateurs, je vous remercie pour votre invitation aujourd'hui. Je suis la directrice nationale du Canadian Centre for Elder Law Studies, le CCEL, organisation nationale du droit responsable de la recherche sur la loi des aînés. Le CCEL a commencé ses recherches en 1999 et s'est établi comme une société en 2003.

*[Traduction]*

Le mandat du Canadian Centre for Elder Law Studies consiste à améliorer la vie des personnes âgées en ce qui a trait aux questions juridiques, à promouvoir les questions relatives à la réforme du droit qui peuvent avoir des conséquences sur les personnes âgées, à jouer un rôle d'avant plan en matière d'éducation et à diffuser de l'information pertinente sur ces questions. Nous ne sommes pas une organisation politique ni partisane et nous collaborons avec les intervenants clés à l'échelle nationale et internationale, notamment des organismes fédéraux et provinciaux, des cliniciens, des juges, des universitaires, « et cetera ». Nous participons à des travaux de recherche universitaire et à la rédaction d'articles savants, nous rédigeons des documents et émettons des commentaires sur des questions juridiques et, enfin, nous prenons part à des événements de mobilisation pour la diffusion de la connaissance. Aujourd'hui, j'aimerais parler de trois questions en particulier et vous faire part de mes recommandations pour chacune d'entre elles.

Comment pouvons-nous faire en sorte que l'on protège les droits individuels des personnes âgées dans un contexte de respect et d'autodétermination et qu'on les considère comme des membres à part entière de la société canadienne qui sont protégés par la Charte canadienne des droits et libertés? Le premier point dont je veux parler porte sur les droits. Comment pouvons-nous aborder, au Canada, le problème de la diminution des capacités mentales — on a aussi parlé aujourd'hui d'aptitudes mentales, de capacités cognitives ou d'aptitudes intellectuelles — de manière à ce qu'on permette aux personnes âgées de jouir de leurs droits en toute liberté, mais qu'on protège en même temps l'ensemble de la société? Autrement dit, il s'agit d'équilibrer les droits en tenant compte des problèmes de capacité mentale, et c'est le deuxième point que je veux aborder. Le troisième point est une question : Comment le Canada peut-il jouer un rôle de premier plan et contribuer à diminuer la vulnérabilité sociale et les mauvais traitements infligés aux personnes âgées?

Je vais vous donner un exemple concret, car nous avons tous une expérience très personnelle de la vieillesse, alors c'est la meilleure façon d'illustrer la situation. Je vais vous parler de Gladys. C'est une histoire fictive, mais qui est un amalgame de plusieurs cas vécus et cela me permet de parler concrètement de certaines des questions qui nous intéressent, notamment les droits de la personne, la capacité mentale et la vulnérabilité, ainsi que les mauvais traitements envers les aînés.

Gladys est une femme de 89 ans qui est fragile physiquement en raison d'un problème de hanches; elle habite dans la même localité de l'Ouest du Canada depuis 40 ans, et c'est là qu'elle a élevé ses enfants. Sa fille vit à Toronto et son fils, bien qu'il habite près de chez elle, est plutôt un bon à rien. Elle a aussi un neveu à

This is very representative of Canadian society. There are studies to show the average distance between family and friends in Canada is something in the neighbourhood of 400 kilometres in urban areas and 3,000 kilometres in rural areas. I will talk about how she has been enriched by her neighbourhood, how she is engaged in her faith group, et cetera, and she has known her neighbours for years. However, they are changing, too, so she does not know all of them the way she once did.

The stairs in her house are a problem for her so she does not go upstairs as much as she used to. However, she is still emotionally connected with her house, the place where she has had her family. She is fiercely independent and has been actively resisting the helpful advice of family and friends that she should move into some type of long-term care facility. The daughter, Susan, particularly wants to have her mother move into the nursing home because the daughter feels disconnected living in Toronto. She feels that if her mother was in a nursing home, her mother would be safer. However, we have studies that prove that may not be the case.

Her son Daniel has always been a bit of a ne'er-do-well and is suggesting his mother make him her power of attorney. He has young children from a variety of relationships and is finding it very difficult to enter the extraordinary housing market in Vancouver. In addition to the power of attorney, he is also suggesting she might immediately put the house in some type of joint tenancy arrangement with him. This would assist her in avoiding probate taxes; we would not want to have to pay the government anything. He also said Gladys does not need a house that big and should be helping the younger generation and doing the family a favour. She does not need that much space anyway.

Both of her children have been pressuring her significantly as well as the nephew in Halifax. She has been vociferous in her resistance and that has been calling attention to her "inappropriate" and "unseemly behaviour" against going into the residence where she should be. There was also one comment that perhaps for a woman, in particular, she should not be so argumentative. This is a common issue and one we do not talk about openly.

Related to our first key issue, how would Gladys be subjected to Charter discrimination issues? I will talk about the law and reflect on section 15, which is our age-protected area of discrimination. In particular, I would like to parse out the issue of living at risk and decision making.

We have in our society this notion that people should become compliant with age. I certainly hope that within my family I will continue in the broad tradition of being as irascible and independent as possible; it seems that will be the case. Gladys is a full adult in the law and pursuant to Canadian federal legislation has the right of all full citizens; including right to say no and the right to live her life the way she wants. It is true she is having some short-term memory issues, and if she does not take her medications relating to her diabetes she can have some

Halifax qui pousse en faveur de ses propres intérêts. C'est très représentatif de la société canadienne. Des études montrent que la distance moyenne qui sépare les membres d'une même famille et les amis au Canada est d'environ 400 kilomètres dans les régions urbaines et 3 000 kilomètres dans les régions rurales. La dame a vécu une vie enrichissante dans son quartier, elle est notamment active dans un groupe religieux, et elle connaît ses voisins depuis de nombreuses années. Cependant, le voisinage change aussi, alors elle ne connaît plus tout le monde comme avant.

Elle a de la difficulté à monter les escaliers chez elle, alors elle ne va plus à l'étage supérieur comme elle le faisait autrefois. Cependant, elle est très attachée à sa maison, l'endroit où elle a fondé sa famille. Elle est fière et indépendante et refuse fortement de déménager dans un établissement de soins de longue durée, malgré les conseils bienveillants de sa famille et de ses amis. Sa fille, Susan, insiste particulièrement pour que sa mère déménage dans une maison de soins infirmiers parce qu'elle est loin, à Toronto. Elle pense que sa mère serait plus en sécurité dans un tel centre. Cependant, des études prouvent que ce n'est pas nécessairement le cas.

Son fils, Daniel, qui a toujours été un peu bon à rien, voudrait que sa mère lui donne une procuration. Il a de jeunes enfants nés de mères différentes et il a beaucoup de difficulté à s'acheter une maison à Vancouver, où les prix sont astronomiques. En plus de la procuration, il voudrait qu'elle prenne des dispositions pour qu'il devienne immédiatement tenant conjoint de sa maison. Il dit qu'en faisant cela, sa mère n'aurait pas à payer des frais d'homologation; il dit qu'ils n'ont pas à donner de l'argent au gouvernement. Il dit également que Gladys n'a pas besoin de vivre dans une maison si grande, qu'elle devrait aider la jeune génération et rendre service à sa famille. Il dit que de toute manière, elle n'a pas besoin d'autant d'espace.

Les deux enfants de la dame ont donc fait beaucoup de pression sur elle, tout comme son neveu d'Halifax. Elle a résisté avec véhémence, ce qui a été interprété comme étant un refus « inapproprié » et « inconvenant » alors que sa place est dans un établissement de soins infirmiers. Quelqu'un a également dit qu'une femme ne devrait pas être aussi entêtée. Ce genre de réaction se produit souvent, mais c'est tabou.

Pour en revenir à mon premier point, comment le cas de Gladys peut-il être interprété en vertu des motifs de discrimination de la Charte? Je vais parler de la Charte et, notamment, de l'article 15, qui traite de la discrimination fondée sur l'âge. Je voudrais aussi décortiquer la question du risque et celle de la prise de décisions.

Dans notre société, nous croyons que les personnes âgées doivent être obéissantes. J'espère que dans ma famille, je pourrai continuer à être aussi irascible et indépendante que possible, comme je l'ai toujours été; je pense que oui. Gladys est une adulte à part entière selon la loi; en vertu des lois canadiennes, elle a les mêmes droits que n'importe quel citoyen à part entière, notamment ceux de dire non et de vivre sa vie comme elle l'entend. Il est vrai qu'elle a des troubles qui affectent sa mémoire à court terme et que, lorsqu'elle ne prend pas ses médicaments

fuzziness in her thinking. However, she says she is in no danger to herself or others, but the family disagrees, and this is where the problem lies.

Gladys is subject to what I would consider gender discrimination, a hidden issue when it comes to older adults. We recently completed a project called Aging with Challenges and one issue was aging identity issues. As people get older, they become less identifiable as individuals and become a blank slate of an old person. We know that is not the case and what may be appropriate for an old man and appropriate for an old woman in this social norm indeed can be very different. Older women have a different narrative about what is appropriate: She should become more compliant with age, but Gladys is resisting that.

Given the aging population of Canada, my number one recommendation is that the next "ism" we need to address as a federal government is to recognize ageism. We talk about it, but it is not been ranked as a rights based issue in Canada. The discourse has been about something that is out there in media, but the federal government should recognize aging not just as an issue but as a social movement. This has been done in other countries in Europe, Japan and Australia.

It should be recognized formally as a social movement akin to the disability rights movement or the feminist movement. Once named as an "ism" it can be identified as a key area of research which can be supported. We have a paucity of research on ageism in Canada and that is one area that if recognized as a social movement, we can move with federal dollars and support to focus around these issues on a broader basis.

The second key issue is how Canadians address the complex issue of mental capabilities. This really is the elephant in the corner. We have a problem with lexicon in Canada and even more problematic perhaps as a multicultural nation based on a bicultural model, we have a wide variety of languages enriching our country, but when dealing with very specific terminology, it can mean different things for different people.

I have been in discussions with psychiatrists, social workers, lawyers and bankers in one room using the same words and not two of them were talking about the same thing. There has been little research done in Canada about what mental competency, mental capability and mental capacity mean. Do they mean the same thing? I say they do not mean the same thing.

In addition, we have not looked at how things are measured. It is interesting that in some jurisdictions there is a functional notion of capacity. This is some of the discourse you were hearing today. Do you have the functional ability to drive, and how is that related to a mental capacity to do your cheque book? My

contre le diabète, elle peut avoir des idées confuses. Elle affirme qu'elle n'est pas en danger et ne met la vie de personne en danger, mais sa famille n'est pas d'accord, et c'est là le problème.

Gladys fait l'objet de ce que j'appellerais une discrimination fondée sur le sexe, une question taboue chez les personnes âgées. On a récemment terminé un projet qui s'appelle « Aging with Challenges » et une des questions que nous avons abordées était celle de l'identité chez les aînés. À mesure que les personnes vieillissent, on les considère de moins en moins comme des individus; elles deviennent des personnes âgées sans individualité propre. Nous savons que ce n'est pas vrai. Mais dans notre société, on peut avoir différentes interprétations de ce qui est acceptable pour un homme âgé et ce qui l'est pour une femme âgée. Notre société pense que les femmes âgées doivent se comporter d'une certaine manière : elles doivent être plus dociles en vieillissant, et Gladys refuse de se conformer à ce préjugé.

Avec le vieillissement de la population au Canada, ma première recommandation est que le gouvernement fédéral reconnaisse un autre « isme », soit l'âgeisme. On en parle, mais l'âgeisme n'est pas reconnu comme un problème qui relève des droits de la personne au Canada. Les dirigeants en parlent comme de quelque chose qui est abordé dans les médias, mais le gouvernement fédéral devrait reconnaître que le vieillissement de la population n'est pas seulement un fait, c'est un phénomène social. Certains pays d'Europe, le Japon et l'Australie l'ont reconnu.

L'âgeisme devrait être reconnu officiellement comme un phénomène social au même titre que les droits des personnes handicapées ou le mouvement féministe. Une fois reconnu officiellement, il pourra devenir un domaine clé de recherche bénéficiant de subventions. Bien peu de travaux de recherche sont effectués sur ce sujet au Canada et c'est un domaine qui, s'il était reconnu comme un phénomène social, pourrait bénéficier de l'aide financière et de l'appui du gouvernement fédéral, ce qui ferait avancer les choses.

Le deuxième point dont je veux parler, c'est la façon dont les Canadiens abordent la question complexe des capacités mentales. C'est vraiment un problème. Nous avons de la difficulté avec la terminologie au Canada et, ce qui complique peut-être davantage les choses, en tant que société multiculturelle qui fonctionne selon un modèle biculturel, nous utilisons différentes terminologies au pays. C'est peut-être enrichissant, mais on sait bien que les termes spécialisés que nous utilisons sont interprétés de manière différente selon les personnes.

J'ai participé à des discussions réunissant des psychiatres, des travailleurs sociaux, des avocats et des banquiers; tous utilisaient le même langage, mais aucun ne parlait de la même chose. On a mené très peu de recherches, au Canada, pour définir les termes compétences intellectuelles, aptitudes intellectuelles et capacités intellectuelles. Ont-ils tous la même signification? À mon avis, non.

De plus, nous ne nous sommes pas penchés sur la façon dont les choses sont évaluées. Il est intéressant de constater que dans certaines provinces, il existe une notion fonctionnelle de la capacité. Vous en avez entendu parler ici aujourd'hui. Avez-vous la capacité fonctionnelle de conduire, et comment cela est-il lié à

husband will say I have never had the mentality capacity to manage my cheque book but have had the fortunate circumstance of having my drivers licence since I was 16 years old. They do not mean the same thing. We need to look at how the notions of capacity, competency and capability may or may not be measured. We need language first. The lexicon needs to be addressed and that is a research issue.

In this case, Gladys seems to have challenges recognizing the mental impact if she did not take her medications, but I said they were manageable so that is an issue of capability.

I suggest that the appropriate question in Canada should be capable for what. If we address this notion as a standard starting ground, the lexicon can unfold from there as opposed to giving a blanket statement about a number of unknown issues. Specificity is important and that can bring us to where we need to be.

If capability is challenged, it has enormous social and civil impact. It includes the impacts of denying section 3 and section 7 rights pursuant to the Canadian Charter of Rights and Freedoms. If a person is determined “incapable,” he or she loses the right to vote, the right of liberty, the right to marry — or in some cases, the right to divorce. That person loses the right to make guardianship and asset decisions. The person becomes a nonentity in law. It is the most severe impact one can have and if we do not understand what our terms mean, the impacts indeed are desperate.

It is an enormous power and my concern is who assesses the assessors? As a lawyer, as a member of the national executive of the Canadian Bar Association and in my positions on a number of boards, I can tell you I have had the fortune and misfortune to see a variety of capability assessments performed. I witnessed a court case where a prescription pad with the notation “Madam X is not capable” was admitted into court. The judge took it as evidence. I saw another case where the judge threw it out as evidence.

Who assesses the assessors? Who decides who knows how to do that? In Ontario there is a system of capacity assessments, but there have been criticisms about how that is done. In other jurisdictions, no one is certain who assesses it. I suggest to you that the federal government should establish a program to determine what tools and mechanisms would be appropriate for creating capacity assessors.

With regard to the third issue, in what way can Canada be a leader in reducing social vulnerability and elder abuse, I do not accept the notion that older adults are vulnerable. I accept the notion that all people are vulnerable to certain degrees based on certain conditions. You are vulnerable if you are poor. You are vulnerable if you are subject to racism. You can be vulnerable because you are subject to ageism. I know that all people are not vulnerable and all older adults may or may not be depending on their circumstances.

vous capacité intellectuelle de gérer votre carnet de chèques? Mon conjoint dirait que je n'ai jamais eu les aptitudes intellectuelles pour gérer mes comptes, mais que j'ai la chance d'avoir mon permis de conduire depuis l'âge de 16 ans. Ce sont deux choses complètement différentes. Nous devons déterminer comment les notions de capacité, de compétence et d'aptitude peuvent être évaluées. Il faut tout d'abord s'entendre sur la terminologie et établir un lexique; c'est le travail des chercheurs.

Dans ce cas-ci, Gladys semble avoir du mal à reconnaître que si elle ne prend pas ses médicaments, cela pourrait avoir des conséquences sur sa santé mentale, mais à mon avis, c'est gérable; c'est donc une question de capacité.

Je crois que la question appropriée, au Canada, serait : « être capable de quoi? ». Commençons par répondre à cette question, nous pourrions ensuite travailler sur le lexique plutôt que d'établir des principes généraux sur toutes sortes de questions hypothétiques. La précision est importante et cela peut nous aider à atteindre notre but.

Lorsque la capacité d'une personne est mise en question, les impacts sociaux et civils sont énormes. Cela implique notamment la négation des droits prévus aux articles 3 et 7 de la Charte canadienne des droits et libertés. Lorsqu'une personne est jugée « incapable », elle perd le droit de vote, le droit à la liberté, le droit de se marier, et dans certains cas, le droit de divorcer. Cette personne perd le droit de se prononcer sur les décisions concernant la tutelle et les biens. Elle n'est plus rien aux yeux de la loi. C'est l'une des pires choses qui puissent arriver, et si nous ne comprenons pas la signification des termes que nous utilisons, les conséquences peuvent être extrêmement graves.

C'est un pouvoir énorme et la question qui me préoccupe, c'est de savoir qui évalue les « évaluateurs ». En tant qu'avocate, à titre de membre de l'exécutif national de l'Association du Barreau canadien et pour avoir siégé à de nombreux conseils, je peux vous dire que j'ai eu le bonheur et le malheur de voir un grand nombre d'évaluations des capacités. J'ai été témoin d'une affaire dans laquelle une ordonnance qui disait « Madame X est inapte » a été admise au tribunal. Le juge l'a acceptée en preuve. Dans une autre affaire, le juge l'a rejetée.

Qui évalue les experts? Qui décide quelles personnes sont compétentes? En Ontario, il y a un système d'évaluation des capacités, mais plusieurs critiquent son fonctionnement. Ailleurs, personne ne sait avec certitude qui effectue les évaluations. À mon avis, le gouvernement fédéral doit mettre en place un programme afin de déterminer les outils et les mécanismes appropriés pour la formation d'évaluateurs des capacités.

En ce qui concerne le troisième point, qui porte sur la façon dont le Canada peut être un chef de file en matière de réduction de la vulnérabilité sociale et des mauvais traitements envers les aînés, je n'accepte pas l'idée voulant que les personnes âgées soient vulnérables. Selon moi, tout le monde l'est à divers degrés, selon les circonstances. Vous êtes vulnérable si vous êtes pauvre, si vous êtes victime de racisme. Vous pouvez être vulnérable parce que vous êtes victime d'âgeisme. Je sais que toutes les personnes ne sont pas vulnérables, et que dans le cas des aînés, cela peut dépendre de la situation de chacun.

However, in this case, Gladys is subject to increased risk of social vulnerability. She has family that has one interest while she has another interest. She has a physical incapability and possibly a mental issue. Should she sign that power of attorney over to her son, or put him as a joint tenant on the house? She is at significant risk.

Most people do not recognize the authority of a financial power of attorney and what that means. I have worked as a member of the British Columbia Law Institute for the Western Canadian Law Reform Consortium to create a harmonized or unified power of attorney. Our report is due out this month, so that these matters can be better addressed in different jurisdictions.

When an older adult has been abused or neglected, his or her access to justice is severely constrained. Civil remedies become inordinately difficult. How can Gladys retain a lawyer if her son empties the bank account, mortgages the house and leaves? She cannot; she has no funds.

She can try to go to the Advocacy Centre for the Elderly, currently Canada's only civil legal aid clinic that deals with the legal issues of seniors. By contrast, the United States has a firm system in place with clinics in most major cities and in every state.

I am pleased to be part of a project to open the second legal aid clinic, which will be in Vancouver, on July 1. However, considering our population, the access to justice issue is one that must be considered.

Elder abuse legislation or "vulnerable adult legislation," as it is sometimes called in Canada, is not a panacea. It varies broadly from province to province; it can only respond to suspected abuse and neglect; and its effect can severely and negatively influence older adults in exercising their rights to live at risk in the community.

Many lawyers I know say "I am glad for the legislation but I spend half my time defending seniors out from under it." The question of capacity assessments is fundamental to that and we do not have that infrastructure.

I am also concerned with the discourse of family and friends that I hear time and time again. I love the notion that older adults would be surrounded, as all people should be surrounded, by family and friends; but we know in Canada this aging cohort may not have that support. We are farther away from our families and friends than ever before. This cohort also has a longer lifespan and may outlive many family members and friends.

Similarly, we have heard of a significant crisis in the availability of family physicians, which is often, if you do not have family and friends, where that next narrative goes to. The

Toutefois, dans le cas présent, Gladys est davantage exposée à la vulnérabilité sociale. Elle est en désaccord avec sa famille. Elle souffre d'une incapacité physique et possiblement d'un problème de santé mentale. Devrait-elle signer cette procuration et la remettre à son fils, ou nommer ce dernier propriétaire conjoint de sa maison? Elle court de grands risques.

La plupart des gens ne reconnaissent pas l'autorité d'une procuration financière et ignorent ce que cela signifie. À titre de membre du British Columbia Law Institute, j'ai travaillé pour le Western Canadian Law Reform Consortium dans le but de créer une procuration harmonisée et unifiée. Nous devons remettre notre rapport ce mois-ci; ces questions seront donc mieux réglées dans les différentes provinces.

Lorsqu'une personne âgée est victime de mauvais traitements ou de négligence, son accès à la justice est très restreint. Les recours civils deviennent excessivement difficiles. Comment Gladys peut-elle s'assurer les services d'un avocat si son fils vide son compte en banque, hypothèque sa maison et s'en va? Elle ne peut pas, car elle n'a pas d'argent.

Elle peut s'adresser à l'Advocacy Centre for the Elderly, actuellement le seul service d'aide juridique en matière civile au Canada, qui s'occupe des questions de droit concernant les aînés. À titre de comparaison, les États-Unis ont mis en place un solide système en implantant des services dans la plupart des grandes villes et dans chaque État.

Je suis très heureuse de prendre part au projet d'ouverture d'un deuxième service d'aide juridique, à Vancouver; l'inauguration aura lieu le 1<sup>er</sup> juillet prochain. Toutefois, compte tenu de notre population, la question de l'accès à la justice doit être prise en compte.

La législation relative aux mauvais traitements à l'égard des aînés ou « législation sur la protection des adultes vulnérables », comme on l'appelle parfois au Canada, n'est pas une panacée. Elle varie beaucoup d'une province à l'autre; elle ne peut tenir compte que des mauvais traitements et de la négligence présumés; son effet peut avoir une influence considérable et négative sur les aînés dans l'exercice de leur droit de vivre dans la communauté, même s'ils courent des risques.

Je connais beaucoup d'avocats qui disent : « Je suis content que des lois existent, mais je passe la moitié de mon temps à essayer d'y soustraire les personnes âgées en les défendant ». L'évaluation des capacités est vraiment fondamentale, mais nous n'avons pas les moyens nécessaires pour la faire.

Je suis également préoccupée par le discours de la famille et des amis, que j'entends constamment. J'aime l'idée que les aînés soient entourés, comme tous les gens devraient l'être aussi, par la famille et les amis; mais nous savons qu'au Canada, cette cohorte vieillissante n'a peut-être pas ce soutien. Nous sommes plus éloignés de nos familles et de nos amis que jamais. Les membres de cette cohorte vivent aussi plus longtemps et survivront sans doute à beaucoup de leurs amis et parents.

De même, nous savons qu'il existe une pénurie importante de médecins de famille, qui représentent souvent, si vous n'avez pas de famille ni d'amis, une relation alternative. Les médecins de

family physician will help. I am a fan of family physicians but we know that there are not enough family physicians and many older adults do not have either set of support. We need to think more broadly. If we have legislation or we have recommendations, the capacity assessment piece again is very important.

My last recommendation is that the federal government should take leadership on issues of harmonization and unification of both laws and policies that deal with elder abuse vulnerability and capacity assessments — in particular, with regard to documents such as powers of attorney, health care directives and health care consent laws.

Access to justice for older adults must be significantly supported by the federal government. I understand that may be difficult; but without the harmonization and unification, we know that jurisdictionality can be used with significant difficulty. I think my colleague will speak to some of the differences with provinces and some of the difficulties with that.

We recommend that the federal-provincial-territorial working group on senior safety be supported, and examine ways to look at tools for legislation to be harmonized in Canada. Also, this should involve the work of the Federation of Law Reform Agencies of Canada as well as the organization called the Uniform Law Conference of Canada. These organizations are happy to work together toward these ends and, with some support, can do so very usefully.

The issues of rights, mental capability and elder abuse are varied and difficult. In summary, we would make the following recommendations: federal leadership on knowledge mobilization, accepting ageism as a next social movement; exploration of the lexicon of “mental capability” “capacity” and “competency,” and different understandings of these notions, as well as working toward standards as to how to assess the assessors; and working with organizations such as the FPT, FLRAC and the Uniform Law Conference of Canada, to examine tools and mechanisms to develop harmonized laws and policies to reduce elder abuse and vulnerability.

**Jeanne Desveaux, President, Alzheimer Society of Nova Scotia:**

I am Acadian but I would not attempt to be as articulate as my friend was so I will not attempt to speak French this afternoon.

When I was asked to come here, I wondered what I could offer since so many experts have come before you. I think what I can offer is the fact that I do practice elder law. I do work with the elderly. I do work with physicians — I work with geriatricians — and I come from a health care background. I was a nurse for many years before I entered the practice of law. The only area in

famille peuvent aider. Je suis une de leurs admiratrices, mais nous savons qu'ils ne sont pas assez nombreux et que beaucoup d'aînés n'ont aucun soutien. Nous devons élargir notre réflexion. Si nous adoptons des lois ou des recommandations, ne perdons pas de vue l'évaluation des capacités; c'est très importante.

Enfin, je recommande que le gouvernement fédéral assume un rôle de chef de file sur les questions d'harmonisation et d'unification des lois et des politiques concernant la vulnérabilité des personnes âgées et l'évaluation des capacités — notamment en ce qui a trait aux documents tels que les procurations, les directives en matière de soins de santé et les lois sur le consentement aux soins de santé.

Le gouvernement fédéral doit faire des efforts significatifs pour permettre aux aînés d'avoir accès à la justice. Je sais que cela peut être difficile, mais sans cette harmonisation et cette unification, ce sera difficile d'établir les compétences. Je crois que ma collègue vous parlera de certaines différences avec les provinces et des difficultés que cela entraîne.

Nous recommandons que le groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur la sécurité des aînés soit soutenu, et qu'il se penche sur les façons d'harmoniser les lois au Canada. De plus, il faudrait demander la participation de la Federation of Law Reform Agencies of Canada et de l'organisme appelé « Conférence pour l'harmonisation des lois au Canada ». Ces organismes sont heureux d'apporter leur pierre à l'édifice et avec notre appui, ils peuvent jouer un rôle très utile.

Les questions de droits, d'aptitudes intellectuelles et de mauvais traitements envers les aînés sont variées et complexes. En résumé, voici nos recommandations : que le gouvernement fédéral fasse preuve de leadership en ce qui concerne la mobilisation des connaissances; que la notion d'âgeisme soit reconnue dans la société; qu'on analyse les termes « aptitude », « capacité » et « compétence », ainsi que les différentes interprétations de ces notions; qu'on cherche à mettre en place des normes d'évaluation des évaluateurs; et qu'on collabore avec des organismes comme le FPT, le FLRAC et la Conférence pour l'harmonisation des lois au Canada, afin de trouver des outils et des mécanismes pour élaborer des lois et des politiques harmonisées qui permettront de réduire la vulnérabilité des aînés et les mauvais traitements dont ils sont victimes.

**Jeanne Desveaux, présidente, Société Alzheimer de la Nouvelle-**

**Écosse :** Même si je suis Acadienne, je ne tenterai pas de parler français cet après-midi, car je ne pourrais m'exprimer aussi clairement que mon amie.

Lorsqu'on m'a proposé de venir témoigner, je me suis demandé de quelle façon je pourrais vous aider, puisque tant de spécialistes ont comparu devant vous déjà. Je crois que ce que je peux vous offrir, c'est mon expérience dans la pratique du droit des aînés. J'œuvre auprès des personnes âgées. Je travaille aussi avec les médecins — des gériatres — et je viens du secteur de la santé.

which I really devote my time is the area of elder law. That is where my heart is because seniors drew me to this area.

I work with many people who already have a diagnosis of a dementia. I often represent either the family that is attempting to have someone made the subject of a guardianship application or someone resisting those efforts by a family. I have people come to me with different dilemmas and often my clients say to me, tell someone. This afternoon I will tell someone, and that is you.

I am not one for sticking to notes. I have heard everyone and they have covered many areas, but I do want to read to you a quote from a law case from 1909. I use this very often and in my briefs to court when I am trying to make the point.

The eye may grow dim and the ear may lose its acute sense and even the tongue may falter at names and objects it attempts to describe, yet the testamentary capacity may be ample. To deprive lightly the age thus affected the right to make a will would often be to rob them of their last protection against cruelty or wrong on the part of those surrounding them and of their only means of attracting towards them such help, comforts and tenderness as old age needs.

That passage was printed in 1909 in relation to an estate case, but we could expropriate some of the comments, whether it be the issue of driving or many of the issues regarding growing old.

I have heard the various presenters going before me, and we were asked to speak to driving. I have a case in particular that I want to draw to your attention.

I had a woman who is now deceased; it is an estate file. At one point, the physician had reported to the appropriate motor vehicle branch in Nova Scotia that this woman could no longer drive. She lived in rural Nova Scotia, and her physician had a very close link with her. He said he felt like he abandoned her; she felt like she was abandoned. Her words to him were "how could you do this to me? Look what you have done to me." That was her mobility. That was her means of getting into the city from rural Nova Scotia to her specialist.

I asked him why he did not ask the palliative care physician to make that call. He said, "I could not do that because she is going to need him even more than me." That is a horrible trade-off to ask our physicians to make. The doctor abandoned her in essence because they lost their confidentiality, their doctor-patient relationship. She could no longer trust him at the time in her life when she most needed to trust him because he was the one who had to report her.

Avant de commencer ma carrière en droit, j'ai pratiqué le métier d'infirmière durant plusieurs années. Le seul domaine auquel je consacre vraiment mon temps est celui du droit des aînés. C'est ce qui me tient à cœur, car ce sont les aînés qui m'ont amenée sur cette voie.

Je travaille avec beaucoup de gens qui ont déjà reçu un diagnostic de démence. Je représente souvent soit la famille qui veut qu'une personne fasse l'objet d'une demande de tutelle, soit quelqu'un qui s'y oppose. Il y a des gens qui viennent me voir parce qu'ils font face à différents dilemmes, et souvent, mes clients me disent : « Parlez-en à quelqu'un ». Et cet après-midi, c'est à vous que je m'adresse.

J'utilise très peu mes notes. J'ai entendu tous les témoins et ils ont couvert plusieurs domaines, mais je voudrais vous citer un passage d'une cause datant de 1909. Je l'utilise très souvent dans les mémoires que je dépose à la cour, lorsque j'essaie de faire valoir un point.

La vue peut baisser, l'ouïe peut perdre de son acuité et même la parole peut défaillir quand on hésite sur les noms et objets qu'on cherche à décrire, pourtant la capacité de tester peut être suffisante. Priver, ne serait-ce que légèrement, la personne âgée ainsi atteinte de son droit de faire un testament reviendrait souvent à la déposséder de son ultime protection contre la cruauté et l'injustice de ceux qui l'entourent, et de son seul moyen d'obtenir l'aide, le réconfort et la tendresse dont les aînés ont besoin.

Cela a été écrit en 1909, dans le cadre d'une affaire de succession, mais nous pourrions reprendre certains passages, que ce soit pour la question portant sur la conduite automobile ou pour bon nombre des problèmes relatifs au vieillissement.

J'ai entendu les divers témoins qui m'ont précédée, et on nous a demandé de parler de la conduite automobile. Je voudrais citer un cas en particulier, sur lequel j'aimerais attirer votre attention.

Il s'agit d'une femme qui est maintenant décédée; c'est un dossier de succession. À un moment donné, son médecin avait signalé au bureau des véhicules automobiles, en Nouvelle-Écosse, que cette femme ne pouvait plus conduire. Elle vivait dans une région rurale de la province et avait développé un lien très étroit avec son médecin. Il a dit qu'il avait l'impression de l'abandonner, et c'est ainsi qu'elle se sentait. Elle lui a dit : « Comment avez-vous pu me faire cela? Regardez ce que vous m'avez fait ». Conduire sa voiture, c'était ce qui lui permettait de garder sa mobilité. C'était son moyen de sortir de sa région rurale pour se rendre en ville voir son spécialiste.

Je lui ai demandé pourquoi il n'avait pas insisté pour que le médecin en soins palliatifs fasse cet appel. Il a dit : « Je ne pouvais pas, parce qu'elle aura encore plus besoin de lui que de moi. » C'est terrible de demander à nos médecins de faire ce compromis. Le médecin l'a abandonnée essentiellement parce que le lien de confiance indispensable à la relation médecin-patiente était rompu. Elle ne pouvait plus lui faire confiance au moment de sa vie où elle en avait le plus besoin, parce que c'est lui qui avait dû signaler l'incapacité.

Of course, the family were all fighting over the money so they were not concerned so much about her driving. These things really do happen on the ground. I face this daily in my practice.

On the other end of the spectrum, I sit on the board of the Alzheimer Society of Nova Scotia, and one of our board members drives his motor vehicle. We call him the cover child of the magazines for someone with dementia; he drives after dark and he drives very well.

A diagnosis of one of these conditions is not a death sentence. It means that you are going to die more likely than not from a particular disease. However, that does not mean that right now, as soon as the doctor puts the ink to the page, you are no longer capable. It does not work that way.

The key comments in regard to Senator Keon were very interesting, that he recognized when his capability had diminished in regard to practising surgery. We think of that as being a very precise technique, when we think of going into someone's heart. It is very commendable that he recognized that; but had Senator Keon been diagnosed with a dementia, perhaps he would not have had the insight into his condition to know that now is the time to step back from the operating table.

When we have one of these types of illnesses, our thought processes are different. We lose the insight; we would not be able to appreciate the seriousness of the situation because in our mind, things are going on as they had before.

It is just like the man who drives up the one-way street in the wrong direction. There is a scrambling, and that is what happens. It is commendable that Senator Keon was able to recognize that, but the person with dementia may not recognize that. Various speakers this afternoon have made those points.

Our fundamental principle is always to encourage independence, so what can we do to encourage someone with a dementia who is perhaps driving and wants to continue to drive. There have been various comments about having different licensing schemes of retesting. I would support and recommend that as I am sure many members of the bar would.

Often, we are asked to account for our activities when we are filling out documentation. Our insurance companies ask us different questions in order to provide insurance coverage. Our governing bodies, whether it be the practice of medicine or law or nursing — any of the professional bodies when you go to renew your licence will ask you questions that will red flag whether or not further investigation is required. It is not a large onus to put on individuals that they complete forms that would be self-reporting in the sense that if there needs to be a recall or retesting, then it would be appropriate. It is not an infringement on a right because driving is a privilege.

Bien sûr, tous les membres de la famille se disputaient l'argent, et ils ne se souciaient guère du fait qu'elle ne pouvait plus conduire. Ces choses se produisent vraiment sur le terrain. J'en rencontre tous les jours dans mon bureau.

À l'opposé, je siège au conseil de la Société Alzheimer de la Nouvelle-Écosse, et l'un de nos membres conduit son automobile. C'est l'exemple typique d'une personne qui souffre de démence, et pourtant, il conduit très bien, même la nuit.

Lorsqu'on diagnostique ce genre de troubles, ce n'est pas une sentence de mort. Cela signifie que vous allez plus probablement mourir d'une maladie en particulier. Cependant, cela ne veut pas dire que vous être frappé d'incapacité dès que le médecin inscrit son diagnostic sur son rapport. Cela ne fonctionne pas ainsi.

Ce qu'a dit le sénateur Keon était très intéressant, lorsqu'il a raconté qu'il avait réalisé que ses capacités en tant que chirurgien avaient diminué. La chirurgie exige beaucoup de précision, comme lors d'une opération au cœur. C'est très bien de reconnaître ses limites; cependant, si le sénateur Keon avait été atteint de démence, il n'aurait peut-être pas été capable de reconnaître ce qui lui arrivait et de réaliser qu'il était temps pour lui d'arrêter de pratiquer.

Les personnes aux prises avec une maladie de cette nature ont un processus de pensée différent. Elles perdent leur capacité de discernement. Elles ne sont pas en mesure d'évaluer la gravité de la situation parce que, selon elles, rien n'a changé.

C'est comme l'histoire de l'homme qui s'engage à contresens dans une rue à sens unique. Quelque chose dans le cerveau se brouille et ce genre de chose se produit. Ce que le sénateur Keon a fait est louable — reconnaître que ses capacités avaient diminué — mais une personne atteinte de démence ne peut pas avoir conscience de cela. C'est ce que différents intervenants ont fait valoir cet après-midi.

Notre principe de base est de toujours favoriser l'indépendance, alors il faut se demander ce que l'on peut faire pour encourager une personne atteinte de démence qui, par exemple, conduit et veut continuer à le faire. On a parlé de divers systèmes d'octroi de permis de conduire qui obligerait les conducteurs visés à se soumettre à un examen. Je suis favorable à des mesures semblables; je les recommanderais même, comme bien des avocats, j'en suis certaine.

On nous demande souvent des renseignements sur nos activités lorsque nous remplissons divers documents. Nos compagnies d'assurances nous posent des questions pour savoir quelle police nous offrir. Les associations professionnelles, que ce soit pour les médecins, les avocats ou les infirmières, nous posent des questions lorsqu'il est temps de renouveler notre licence afin de déterminer si une enquête sur nos capacités s'impose. Ce ne serait pas exagéré de demander aux conducteurs de remplir des formulaires de déclaration volontaire qui permettraient d'évaluer si leur permis doit être révoqué ou si un examen doit être administré. Ce genre de mesures deviendrait alors approprié. Il ne s'agirait pas d'une atteinte à un droit parce que le fait de conduire est un privilège.

I would like to speak briefly about the vulnerable elderly, as we call them. I do not believe either Ms. Watts or I like the term “vulnerable elderly,” but we hear it often. I like to think of the “well elderly” and “aging in place,” but not so much “vulnerable” because it makes us a victim or a patient.

I would like to discuss one of the cases I dealt with, and it was a very high profile case in the media. I certainly have the family’s consent to speak to it because it has been broadly telecast from one end of the country to the other. Only under the auspices of his power of attorney, a husband had retained me to have the power of attorney validated and the fact that he did represent his wife’s interest and then he hired us as attorney’s lawyers to look after his wife’s interests in the essence of what occurred to her.

It is a case in which the woman had been removed from the jurisdiction of Canada and taken to England because there was a war over who should have possession of the body.

This woman was very intelligent. She had a background in dementia and was an expert in cognitive impairment. She had drafted documents, and in the time period she did them, that was sufficient. That is what everyone was routinely doing. She was aware that she had a dementia. She went to her physicians with her symptoms. They supported that diagnosis, there was further testing and then she was sent off to her lawyer to get her affairs in order. She did that, and she thought everything was in place. However, a family member had concerns, and if he had legitimate concerns, we have mechanisms in this country. We can report through the Adult Protection Act. Things can be investigated. This individual removed the woman from the Province of Nova Scotia, from Canada and took her to England. It was reported to the RCMP, and the RCMP referred it on to Crown attorneys for an opinion of whether or not charges could be laid, supported or if the person could be convicted. The problem turned out to be, as we have uncovered over many months, in the provisions of the Criminal Code of Canada, in particular, in relation to the kidnapping provisions. Those provisions speak of someone deemed to be competent. For any of us familiar with a person with dementia or with nursing homes in general, if I went into a nursing home in Ontario, British Columbia or Nova Scotia, and I went to a dementia unit and I said, “Would you like to come home with me?” half the people in that unit would follow me out the door. To suggest to someone, “Would you like to get on a plane with me and come to England,” the likelihood will probably be “yes,” and the person will go along obediently. That is what happened in that particular case. That is what the facts suggest.

What has been clouded is after this individual had been moved out of the jurisdiction, it became a struggle between the various families and interests as to the appropriate thing to do with her. She became more of a chess piece. Her humanity was lost.

J’aimerais maintenant parler brièvement de la vulnérabilité des aînés, comme on dit. Ni moi ni Mme Watts n’aimons qualifier les aînés de « vulnérables », mais on l’entend fréquemment. J’aime mieux penser qu’ils sont « en forme » et qu’ils « vieillissent à la maison » que de dire qu’ils sont « vulnérables », car cela sous-entend que ce sont des victimes ou des malades.

J’aimerais vous raconter une affaire dont je me suis occupée et qui a fait l’objet d’une vaste couverture médiatique. La famille m’autorise assurément à en parler, car les faits ont déjà été rapportés à la télévision d’un bout à l’autre du pays. C’est l’histoire d’un homme qui a fait appel à moi, comme avocate, pour faire homologuer la procuration qu’il avait afin de représenter les intérêts de son épouse, à cause de ce qui lui était arrivé.

Son épouse avait été emmenée en Angleterre parce qu’il y avait une bagarre sur la possession de sa personne.

Cette femme était très intelligente. Elle avait une formation dans le domaine de la démence et était une experte en déficience cognitive. Elle avait eu assez de temps pour exprimer ses dernières volontés par écrit. Elle a fait comme tout le monde. Elle savait qu’elle souffrait de démence. Elle est allée voir ses médecins pour leur parler de ses symptômes. Ils ont confirmé son diagnostic, ont entrepris des examens plus poussés et lui ont dit d’aller consulter son avocat afin de régler ses papiers. C’est ce qu’elle a fait et elle croyait que tout était organisé. Cependant, un des membres de sa famille avait des inquiétudes et, quand ces inquiétudes sont légitimes, au Canada, il existe des mécanismes. On peut signaler le problème en vertu de la « Adult Protection Act », dans notre province. Une enquête peut avoir lieu. Or, cette personne a amené la femme en Angleterre, alors qu’elle vivait en Nouvelle-Écosse. Informée de l’affaire, la GRC a demandé l’avis de procureurs de la Couronne pour savoir si des accusations pouvaient être portées et appuyées par des preuves ou si la personne pouvait être déclarée coupable. Mais, comme nous l’avons découvert bien des mois plus tard, le problème prend sa source dans les dispositions du Code criminel du Canada, notamment celles qui traitent de l’enlèvement. Ces dispositions parlent de personnes jugées aptes. Or, tout ceux qui connaissent quelqu’un atteint de démence ou qui savent ce qui se passe dans les centres de soins en général savent très bien que, si l’on va dans une unité réservée aux personnes atteintes de démence, que ce soit en Ontario, en Colombie-Britannique ou en Nouvelle-Écosse, pour demander aux patients présents de nous accompagner, la moitié va nous suivre. Si l’on propose à une personne aux prises avec un tel trouble de prendre l’avion avec nous pour aller en Angleterre, il est très probable qu’elle acceptera et nous suivra docilement. C’est ce qui s’est passé dans cette affaire. C’est ce que les faits montrent.

Ce qui a été occulté, c’est qu’après le départ de cette femme à l’étranger, c’est devenu une bataille entre les familles et les personnes intéressées afin de déterminer ce qu’il fallait faire à son sujet. Elle était devenue un pion dans un jeu d’échec. Elle avait perdu son humanité.

Now there is a struggle between the various families as to who is telling the truth and what do the facts suggest. Of course, the media became involved because this story sold newspapers. It is not a good news story but it is one with lots of drama and innuendo. That is what we were faced with. That woman's best interests are not being served by not looking at the Criminal Code, in particular. We had an individual who had a PhD and who had gone out and signed the power of attorney. She had appointed her spouse, yet someone came in and said, "I do not like what he is doing and I checked into the Adult Protection Services people of Nova Scotia, and they just did not cut it for me, so I will just take her back to England." He snubbed his nose at our laws, and we allowed it because there was nothing in place to prevent it. People should not be able to move people out of this country because they do not like our laws. If it does happen, then the individuals should be brought back to our country to be dealt with here.

That did not happen in this case. I am not faulting the RCMP, and I am not faulting Public Prosecution Service. I am faulting, perhaps, the archaic language in our Criminal Code and the fact that when it was printed, it did not recognize that we have new diseases. We have dementias such as Alzheimer's, Lewy body disease and frontal lobe dementia. We have these various diseases that impact on someone's mental capability. They did not exist, or when they existed, we called them things like "senile dementia." Someone was put into a nursing home and forgotten. The medications and treatments we have today were not available then. We need to recognize these new entities and bring the provinces and the federal government together in the Criminal Code. That would do a great deal to prevent elder abuse.

There are provisions in the Criminal Code that talk about abuses of power of attorney, but we have legislation in the provinces that deals with powers of attorney differently. The work that they are doing in the Western provinces will give us a great template for the rest of the country to look to as a document that is user friendly across the country.

I will tell you about another case of an Ontario woman. In Ontario, it is necessary to fill out two powers of attorney, one for finances and the other for health care. The woman in this case had taken care of both of these documents. One of her daughter's was leaving the country for employment reasons that required two signatures on her particular document, so the other daughter had the decision of, "What do I do? How do I manage my mother's care while I am living in a different province?" She moved her mother to Nova Scotia. It is easier to get forgiveness than permission. The rest of the family was not consulted. The two daughters had the power of attorney. They did what they deemed to be appropriate. Then it became a power struggle. The other daughter threatened that maybe she should move her mother back. We had no choice other than to go before the courts in Nova Scotia to get a guardianship in place. A guardianship gives you a court order in Nova Scotia, and with a court order, if

Il y a maintenant une lutte entre les différentes familles pour savoir qui dit la vérité et pour établir les faits. Bien sûr, les médias se sont emparés de l'histoire, parce que c'est le genre de nouvelle qui fait augmenter les tirages. Ce n'est pas une belle histoire, mais c'en est une qui comporte beaucoup d'éléments dramatiques et d'insinuations. Nous devons démêler tout ça. On ne sert pas les intérêts de cette femme en ignorant notamment le Code criminel. Cette femme, titulaire d'un doctorat, a signé une procuration. Elle a nommé son époux pour s'occuper de ses affaires, mais quelqu'un est venu dire : « Je n'aime pas ce qu'il fait; je me suis informé auprès des services de protection des adultes de la Nouvelle-Écosse et ils n'ont pas tranché en ma faveur, alors je vais tout simplement l'amener en Angleterre ». Cet homme a fait fi de nos lois et nous l'avons laissé faire parce qu'aucun mécanisme n'est prévu pour l'en empêcher. On ne devrait pas avoir le droit de faire sortir quelqu'un du Canada tout simplement parce qu'on n'aime pas les lois du pays. Lorsqu'une telle chose se produit, il faudrait pouvoir ramener les personnes afin que l'affaire soit traitée ici.

On n'a pas pu le faire dans cette affaire. Je ne dis pas que c'est la faute de la GRC, ni même du Service des poursuites publiques. Mais je dis que c'est peut-être à cause du libellé désuet du Code criminel. Quand ce texte de loi a été rédigé, certaines maladies étaient encore inconnues, alors elles n'ont pas été citées. Il existe différentes formes de démence, comme l'Alzheimer, la démence à corps de Lewy et la démence frontotemporale. Il existe diverses maladies qui affectent les capacités mentales. Ces maladies n'existaient pas à l'époque ou, si elles existaient, on les qualifiait de « démence sénile ». On plaçait les gens atteints dans des centres de soins et on les oubliait. Les médicaments et les traitements d'aujourd'hui n'étaient pas disponibles. Il faut reconnaître ces faits nouveaux et demander aux provinces et au gouvernement fédéral de mettre à jour le Code criminel. Cela permettrait d'éviter bien des abus chez les personnes âgées.

Certaines dispositions du Code criminel traitent d'abus de pouvoir relativement aux procurations, mais les lois de nos provinces abordent la question de la procuration d'une manière différente. Les provinces de l'Ouest sont en train de mettre au point un document simplifié qui pourra servir d'exemple au reste du pays.

Je vais vous relater une autre histoire, soit celle d'une femme qui habite en Ontario. En Ontario, il existe deux genres de procuration, l'une pour gérer les questions financières et l'autre pour les soins de santé. Dans cette affaire, la femme avait fait ses deux procurations. Une de ses filles a dû quitter le pays pour son travail, mais il fallait les signatures des deux sœurs d'après le document. L'autre sœur s'est alors demandé comment elle allait s'occuper de sa mère qui habitait dans une autre province. Elle a donc décidé de faire venir sa mère en Nouvelle-Écosse. C'était plus facile pour elle de se faire pardonner après coup que de demander la permission au préalable. Le reste de la famille n'a pas été consulté. Ces deux sœurs avaient été nommées dans la procuration. Chacune a fait ce qu'elle a jugé préférable, ce qui a déclenché une guerre de pouvoir. L'autre sœur voulait que sa mère retourne d'où elle venait. Nous avons été obligés d'amener l'affaire devant les tribunaux de la Nouvelle-Écosse afin de faire

someone removes someone from a jurisdiction, then at least you can go to the police and say, “I am the guardian, I have an order appointing me the guardian. Would you please do something?” It is just like when a parent is accused of moving children from one jurisdiction to the other. The custodial parent says, “He was the access parent. He was supposed to bring those children back at 5 o’clock on Sunday and he did not. Do something.” Without having that type of paper with an adult, basically, the person can end up being a chess piece. I reiterate they lose their humanity and that is what we need to prevent.

The next case is one that our Chief Justice of the Supreme Court quoted from an article I wrote on the case. One afternoon, I received a phone call at my office, and it was an elderly woman calling me from a nursing home and she said, “My daughter has sold all my property. I am in a nursing home. I do not even have money to get my hair cut. I want to know what my daughter did with my money. Can you help me?” I did not know if I can help her. Then her son intervened, and he lived in another province. He got wind of the fact that his mother had been moved from her home community to another area and placed in a nursing home in another area so she would be isolated from family and friends. His allegation was this was done deliberately. There was a lot of family conflict in this particular case. I went to see what had happened to her properties. All her properties had been sold. They were ocean-front properties with a very high value in Nova Scotia. Those properties were sold or transferred. What the woman wanted to know was whether she could have money to get her hair cut, not, “What did you do with my million dollars?” It was, “I have no money.” First, I spoke to her again on the telephone, and then her son went to various agencies and again he was referred back to me. It was a civil matter. It had to be dealt with within the family, reportedly.

I met with the woman and she said, “I am not asking for my daughter to be prosecuted, but I would like to have some money and I would like to know what she did with my money.”

In that particular case, the woman had had a series of mini strokes. She was brought in through an emergency department and a physician very readily said she had a dementia. In essence, she probably had some delirium, because dementia is progressive; it is not reversible. She did regain function, but here she is with this label of being demented. What do you do? She is in a nursing home; they have it documented that she has dementia. She is in an isolated nursing home in rural Nova Scotia and there are no geriatricians. The family physician does not want to give me any information. I sent a letter off to the daughter thinking that this would not be difficult. She would give us an accounting as to what she did with her mother’s money and give her mother a bit of money every month — her mother does not want her prosecuted. However, the son might have his own agenda, too. He is upset because he does not know where his sister spent the family

placer la mère sous tutelle. Avec une tutelle, on peut obtenir une ordonnance de la cour, en Nouvelle-Écosse. Ainsi, avec une ordonnance, si une personne dont on a la charge est amenée dans une autre province, on peut au moins faire appel aux policiers. On peut dire : « Je suis le tuteur, j’ai une ordonnance du tribunal qui le prouve. Pouvez-vous faire quelque chose? » C’est la même chose que lorsqu’un parent est accusé d’avoir enlevé son enfant parce qu’il l’a amené dans une autre province ou un autre pays. Le parent qui a la garde de l’enfant peut dire : « C’est moi le parent responsable. Il devait ramener mon enfant à 17 heures dimanche, et il ne l’a pas fait. Faites quelque chose. » Si l’on ne dispose pas de ce type de document dans le cas des adultes, n’importe qui peut devenir comme un pion dans un jeu d’échec. Je le répète, lorsque cela arrive, les victimes perdent leur humanité et c’est ce qu’il faut empêcher.

L’autre histoire dont je veux vous parler a été citée par notre juge en chef de la Cour suprême, à partir d’un article que j’ai écrit à ce sujet. Un après-midi, j’ai reçu un appel à mon bureau. Une femme âgée m’appelait d’une maison de soins pour me dire ceci : « Ma fille a vendu toutes mes propriétés. J’habite dans une maison de soins. Je n’ai même pas d’argent pour me faire couper les cheveux. J’aimerais savoir ce que ma fille a fait de mon argent. Pouvez-vous m’aider? » Je ne savais pas si je pouvais l’aider. Ensuite, son fils est intervenu. Il habitait dans une autre province. Il avait appris qu’on avait déménagé sa mère dans une maison de soins située dans une autre région, afin qu’elle soit loin de sa famille et de ses amis. Son fils prétendait qu’on l’avait isolée délibérément. Il y avait beaucoup de conflits dans cette famille. Je me suis informée pour savoir ce qui était arrivé aux propriétés de la dame. Elles avaient toutes été vendues. Elles étaient situées sur le bord de la mer, ce qui vaut très cher en Nouvelle-Écosse. On les avait vendues ou on avait transféré leur titre de propriété. La femme âgée voulait savoir si elle pouvait se payer une coupe de cheveux, pas où se trouvait son million de dollars. Elle disait qu’elle n’avait pas d’argent. Je l’ai recontactée au téléphone. Puis, son fils a consulté des cabinets d’avocats qui lui ont dit de faire appel à moi, qu’il s’agissait d’une affaire au civil. On lui a dit qu’il fallait traiter avec la famille.

J’ai rencontré la dame âgée, qui m’a dit ceci : « Je ne veux pas que ma fille soit poursuivie, mais j’aimerais avoir de l’argent et j’aimerais savoir ce qu’elle a fait avec mon argent. »

Dans cette affaire, la dame avait subi une série de petits AVC. Elle avait été transportée à l’urgence d’un hôpital et un médecin avait posé très rapidement un diagnostic de démence. En fait, elle a probablement présenté un délire, parce que la démence est progressive et irréversible. Elle s’est ensuite rétablie, mais elle est maintenant prise avec un diagnostic de démence. Que faut-il faire dans un tel cas? Elle vit dans une maison de soins; des documents officiels confirment qu’elle est atteinte de démence. Elle habite dans une région rurale et isolée de la Nouvelle-Écosse, où il n’y a pas de gériatre. Le médecin de famille ne veut me donner aucun renseignement. J’ai envoyé une lettre à la fille de la dame, ne prévoyant pas de problème. Je croyais qu’elle allait nous dire ce qu’elle avait fait avec l’argent, puis qu’elle allait donner à sa mère un peu d’argent à tous les mois puisque sa mère ne veut pas la poursuivre. Cependant, le fils a peut-être d’autres intentions. Il est

inheritance. My focus is on the mother and she wants \$20, not \$2 million. I asked the daughter for an accounting under the power of attorney. The daughter hired a lawyer who sent me a letter saying that her mother is incompetent, she has dementia, she cannot instruct counsel, go away; it is none of your business. I thought, "He does not know who he is dealing with." I did not go away. That is the reality of it. All the mother wanted was money for her hair. She did not have any money in her purse. It was not that her daughter had used this power of attorney when it is questionable whether the mother was even able to give counsel when she gave instructions for that power of attorney.

Often, I will have lawyers as well as family physicians say to me, "But the person only scored 23 out of 30 on a mini-mental state exam." I say, "Your point is? So what!" They then say, "She has dementia. She is only at 23." I say, "I am a 23 if I have a migraine. I am sure you are 23 some days. In fact, I am sure I am only an 18 some days." That exam only detects the presence of a condition; it does not detect the severity or what is impacted.

As Ms. Watts said earlier, when we talk about "capable," capable of what? We need to look at how these tests are being used and who is doing them. We must start assessing the assessors. This is something that must start from the top and work down, not from the bottom up.

I do have some recommendations. When I think of how easy it is for that daughter to go into a bank with her mother and say, "I have my mother's power of attorney." She can go into a lawyer's office and say, "I want to sell my mother's ocean-front property. I have her in a nursing home in another part of the province." Some red flags should go up to both the lawyer and the bank. Does the bank offer independent legal advice? It has to offer independent legal advice. I think I am correct when I say this — and I think I am protected by these walls if I am incorrect — banks want to have proof of the identity of an individual so that if a spouse tries to go off and mortgage the family home, the wife must be offered independent legal advice. Yet, the daughter can go into the bank with a power of attorney and mortgage the mother's property and no one offers any independent legal advice for the mother. Banks are a federal jurisdiction, if I am not mistaken, and I do think there is an onus on the bank. Some banks are doing a fabulous job, but it is not mandatory, if someone comes in the door with a power of attorney, that someone has looked behind it.

I get really cranky when I have the person who is appointed as attorney call me and say, "I went to the teller to withdraw money from my mother's account or from my aunt's account and the bank teller told me I could not do that; that is a power of attorney. How do I know that she really gave it to you?" That

en colère, parce qu'il ne sait pas ce que sa sœur a fait avec l'héritage de la famille. Mais moi, je m'occupe de la mère, qui veut vingt dollars et non deux millions. J'ai demandé à la fille de me rendre des comptes en vertu de la procuration. La femme a fait appel à un avocat qui m'a envoyé une lettre disant que la mère de sa cliente était incapable, qu'elle était atteinte de démence et qu'elle ne pouvait retenir les services d'un avocat. Il me demandait de laisser sa cliente tranquille, ajoutant que l'affaire ne me concernait pas. Je me suis dit : « Il ne sait pas à qui il a affaire. » Je n'ai pas laissé tomber. Voilà les faits. Tout ce que la mère voulait, c'était de l'argent pour pouvoir se faire couper les cheveux. Elle n'avait pas d'argent dans sa bourse. Le problème, ce n'était pas que sa fille avait utilisé la procuration, mais le fait qu'on ne savait pas si sa mère avait été capable de donner des instructions quand elle avait fait cette procuration.

Souvent, des avocats ou des médecins de famille me disent ceci : « Mais la personne n'a obtenu que 23 sur 30 lors d'un mini-examen cognitif ». Je leur dis : « Et alors, quelle importance? » Ils me répondent : « Elle souffre de démence. Elle n'a obtenu que 23. » Alors je leur dis : « J'obtiendrais moi aussi 23 si j'avais la migraine. Et je suis certaine que vous obtiendrez 23 certains jours. En fait, parfois, je pense même que je n'obtiendrais que 18. » Ce type de test permet uniquement de détecter la présence d'un trouble; il ne peut pas déterminer sa gravité ni sa nature.

Comme Mme Watts l'a dit plus tôt, lorsque nous parlons de « capacité », de quoi s'agit-il? Il faut nous demander comment on utilise ces tests, et qui les effectue. Nous devons commencer à évaluer les évaluateurs. Pour cela, il faut partir du haut, et non du bas.

J'ai quelques recommandations à faire. Il est si facile pour cette fille de se présenter dans une banque avec sa mère en disant qu'elle a une procuration de cette dernière. Elle peut aller dans le bureau d'un avocat et affirmer qu'elle souhaite vendre les propriétés en bordure de mer de sa mère, qu'elle a placée dans une maison de soins infirmiers dans une autre partie de la province. Cela devrait sonner l'alarme pour l'avocat et la banque. L'institution bancaire offre-t-elle des services juridiques indépendants? Il faut qu'elle le fasse. Je crois pouvoir dire sans me tromper — et je pense être protégée, si je fais erreur — que les banques exigent des preuves d'identité, de sorte que si un individu tentait, de son propre chef, d'hypothéquer la maison familiale, des conseils juridiques indépendants seraient offerts à son épouse. Pourtant, une fille peut se présenter à la banque avec une procuration et hypothéquer la propriété de sa mère sans que quiconque offre des avis juridiques indépendants à cette dernière. Si je ne m'abuse, les banques sont de compétence fédérale, et je crois que cette responsabilité leur incombe. Certaines banques font de l'excellent travail, mais si quelqu'un arrive avec une procuration, il n'est pas obligatoire d'y regarder de plus près.

Cela me met en rogne quand quelqu'un qui a été nommé mandataire m'appelle en disant : « J'ai essayé de retirer de l'argent du compte de ma mère ou de ma tante au guichet bancaire, et le caissier m'a dit que je ne pouvais le faire, et qu'il fallait une procuration, en me demandant comment il pouvait

makes me cranky. In a sense, the bank is being protective of that individual. The answer lies somewhere between the two extremes; we have to meet in the middle.

In Nova Scotia, if you are selling someone's property with a power of attorney, the power of attorney has to go on record at the registry of deeds. If someone is operating under a power of attorney, no matter what province it is, maybe there needs to be some sort of red flag — that is, something to raise awareness. We have a no-fly list. We think it is an infringement on people's rights, security of the person, and so on. There are all kinds of things we like to throw out there as excuses to get rid of some of these things. We call seniors our vulnerable population, yet there is nothing to protect them. Maybe it is as simple as having some sort of database.

I would like to talk now about physicians and education and the law and education. We have a need for geriatricians in this country, yet, I think every one of them has sent me an email in terms of the comments that I should make to you. We do not have enough of them. We need more. The family physician says that your mother scored 23 out of 30 on a mini-mental state exam and, therefore, she has dementia. But that is done without a referral to a geriatrician. Your mother should go off to a lawyer and get a power of attorney. Get that power of attorney and then sell your mother's house. There is a slippery slope when it comes to the abuse of the elderly. We can stop it with physicians having more education in that area. It should be fundamental. We need specialists but we also need our family physicians to have more education in that area.

Are they getting it? In some areas, they are. Maybe physicians voluntarily get more education, but I think it must be mandatory. It is the same for law. I do not think someone should be coming into a lawyer's office with a daughter sitting there instructing the lawyer. I do not think all lawyers do that. I think that would be the exception, not the majority. There must be knowledge that someone can be diagnosed, they can present well, depending on what type of dementia they have, but they could be compromised when it comes to giving instructions. We have to go behind and there must be an onus to do so.

The concerns and issues are not a simple matter. They are not private family matters. They are not the responsibility of the province or the federal government. All of us have the responsibility. The federal government can set the pace.

When I see the work that the federal-provincial-territorial working group has been doing in regards to elder abuse, I applaud that work. In one sense, I get a lot of work from it, as do other lawyers in this area, because there is awareness in the community. My reason to go into this area was not to become rich — that will

savoir si ma mère ou ma tante m'avait réellement confié ce pouvoir. » Cela me met en colère. Dans un sens, la banque protège cette personne. La solution se trouve quelque part entre ces deux extrêmes; nous devons trouver un juste milieu.

En Nouvelle-Écosse, si l'on vend la propriété de quelqu'un au moyen d'une procuration, cette procuration doit être enregistrée au bureau d'enregistrement des titres. Si quelqu'un agit en vertu d'une procuration, peu importe dans quelle province, peut-être devrait-il y avoir un signal d'avertissement, quelque chose qui crée une sensibilisation. Nous avons une liste noire. Nous croyons qu'il y a là une atteinte aux droits, à la sécurité, et cetera. des gens. Il y a toutes sortes de motifs que nous aimons invoquer pour nous débarrasser de ce genre de questions. Nous appelons les aînés notre population vulnérable, et malgré cela, il n'y a rien pour les protéger. Peut-être faudrait-il quelque chose d'aussi simple que de tenir une sorte de base de données.

J'aimerais maintenant parler des médecins, de la formation et de la loi. Nous manquons de gériatres au Canada, et pourtant, je crois qu'ils m'ont tous envoyé un courriel pour me faire part de leurs remarques à vous transmettre. Nous n'avons pas assez de ces spécialistes. Il nous en faut davantage. Le médecin de famille peut dire à quelqu'un que sa mère a obtenu 23 points sur 30 à un mini-examen d'état mental et que, par conséquent, elle est atteinte de démence. Mais on fait cela sans recommander le patient auprès d'un gériatre. Une mère devrait aller voir un avocat et obtenir une procuration. Mais on peut obtenir cette procuration puis vendre la maison de sa mère. Quand il s'agit d'abus envers les aînés, on est sur un terrain glissant. Nous pouvons y mettre un terme en formant davantage les médecins à cet égard. Cela devrait être un principe fondamental. Nous avons besoin de spécialistes, mais il faut également que nos médecins de famille soient davantage informés dans ce domaine.

Mais les médecins reçoivent-ils cette formation? Dans certaines régions, oui. Peut-être y a-t-il des médecins qui vont chercher davantage de formation sur une base volontaire, mais cela devrait être obligatoire, selon moi. La même chose vaut pour la loi. Je ne pense pas que quelqu'un devrait se présenter dans un cabinet avec sa fille qui est là, à donner des instructions à l'avocat. Je ne pense pas que tous les avocats font cela. À mon avis, il s'agit d'une exception, et non de la majorité. On devrait être conscients qu'une personne peut avoir fait l'objet d'un diagnostic et sembler bien portante, selon le type de démence dont elle est atteinte, mais voir ses droits compromis lorsqu'il s'agit de donner des instructions. On devrait aller au-delà, et être tenu de le faire.

Les enjeux et préoccupations ne sont pas simples. Il ne s'agit pas de questions d'ordre privé ne concernant que la famille. Elles ne relèvent pas non plus d'une province ou du gouvernement fédéral. Nous sommes tous responsables. Le gouvernement peut donner le ton.

Lorsque je vois les travaux accomplis par le groupe de travail fédéral-provincial-territorial en ce qui a trait aux mauvais traitements à l'égard des aînés, je lève mon chapeau. Dans un sens, ces travaux me procurent beaucoup de travail, tout comme aux autres avocats spécialisés dans le domaine, car il y a une

never happen. However, the fact that they are getting the message out and people are getting more information is fabulous. That shows how effective that one working group is, in particular.

I see the growth and the potential of what can be done from the federal level to spread the word across the country so that we can protect those in society as well as us. It will be us and our children. We must do something about it. Remember: Age is not a disease.

**The Chair:** Thank you very much. I received a document from our researchers the other day, and I actually wrote on top of that document, “age is not a disease.”

Let me put a hypothetical question to you and ask for your response. An elderly woman, a severe diabetic with serious physical capacity problems, is in a nursing home but does not want to be there. She wants to be home. The family does not want her home because they know she probably would not take her insulin at the appropriate times, probably cannot bathe herself appropriately, probably cannot ensure her total physical safety but she wants to be there; she does not want to be in the nursing home. What do you do?

**Ms. Desveaux:** I have a couple of questions that I need to know. Does she have money? Whether she has money or not, it is still cheaper to maintain the person in his or her own home with assistance than to provide that same care in an institution. Really, it should not matter if we have money. That is an argument that I continually make in this country. We have a universal health care system. We are supposed to have portability, so you should be able to take your mother from Ontario to Nova Scotia and that would be covered off. You should not have a waiting period. There should be access, and the care should be able to be provided in your community.

We had a case out of Nova Scotia in regards to mental health supports that went all the way to the Supreme Court of Canada. They said that the woman should be provided the care in her own community with the support network. The same thing goes with aging. Diabetes can be maintained by our various partners and organizations that make home visits, such as the Victorian Order of Nursing. Her pills could be monitored for compliance. However, she does not want to be there.

I am neutral when it comes to politics; I simply want the elderly to be cared for. I recently had various conversations with Alexa McDonough who had the opportunity and the privilege of visiting Ms. Munroe in England. She was appalled at the woman's condition and how she had deteriorated. However, she saw a system at work in England where the patient's advocate is truly the patient's advocate. They have a system that is almost like our child protection legislation, but not in that sense. They

sensibilisation dans la communauté. Je ne me suis pas dirigée dans ce domaine dans l'espoir de devenir riche; cela n'arrivera jamais. Mais le fait qu'on transmette le message et que les gens obtiennent davantage d'information est merveilleux. Cela montre à quel point ce groupe de travail, en particulier, est efficace.

Je vois les développements et le potentiel de ce qui peut être accompli au niveau fédéral pour passer le message partout au pays, afin que nous puissions protéger ces membres de notre société, ainsi que nous-mêmes. Un jour, ce sera notre tour et celui de nos enfants. Nous devons agir à cet égard. Souvenez-vous : la vieillesse n'est pas une maladie.

**La présidente :** Merci beaucoup. L'autre jour, nos attachés de recherche m'ont remis un document sur lequel j'ai justement noté : « La vieillesse n'est pas une maladie ».

Laissez-moi vous poser une question hypothétique à laquelle j'aimerais que vous répondiez. Une dame âgée, hautement diabétique et souffrant de sérieux problèmes de capacité physique, est placée dans une maison de soins de longue durée, mais ne veut pas vivre là. Elle désire retourner chez elle. Or, les membres de sa famille ne veulent pas qu'elle rentre à la maison, sachant qu'il est probable qu'elle ne prenne pas son insuline au bon moment et ne puisse prendre son bain convenablement ni assurer sa sécurité physique totale. Toutefois, la dame veut habiter chez elle, et pas dans un foyer de soins infirmiers. Que faire?

**Mme Desveaux :** Je dois connaître certains détails. A-t-elle de l'argent? Qu'elle en ait ou non, il demeure moins cher de maintenir la personne dans sa maison en lui fournissant une aide que de fournir les mêmes soins en institution. En réalité, qu'on ait ou non de l'argent ne devrait pas avoir d'importance. C'est un argument que je réitère continuellement dans ce pays. Nous avons un système de soins de santé universel. Nous sommes censés appliquer le principe de transférabilité, alors on devrait pouvoir déplacer sa mère de l'Ontario à la Nouvelle-Écosse en bénéficiant d'une couverture des frais encourus. Il ne devrait pas y avoir de période d'attente. L'accès devrait être garanti et les soins fournis dans la communauté.

En Nouvelle-Écosse, nous avons eu un cas concernant les services de soutien en santé mentale qui s'est rendu jusqu'à la Cour suprême du Canada. On a dit que la dame concernée devrait avoir accès à des soins dans sa propre collectivité avec le réseau de soutien. La même chose vaut pour la vieillesse. Le diabète peut être traité par nos différents partenaires et organismes qui font des visites à domicile, comme les infirmières de l'Ordre de Victoria. On pourrait assurer un contrôle de ses comprimés pour veiller à ce qu'elle les prenne. Quoi qu'il en soit, la dame ne souhaite pas être dans un centre de soins.

En matière de politique, je suis neutre; je veux simplement qu'on prenne soin des aînés. Récemment, j'ai eu plusieurs entretiens avec Alexa McDonough, qui a eu l'occasion et le privilège de visiter Mme Munroe, en Angleterre. Elle a été consternée de voir à quel point l'état de santé de cette dernière s'était détérioré. Toutefois, en Angleterre, elle a vu à l'œuvre un système où le défenseur du patient en est vraiment un. Les Britanniques ont un système qui est pratiquement comme nos lois

advocate for that person. The elderly diabetic woman who does not want to be in the nursing home would have someone such as an ombudsman to whom she could go to fight her case. Her rights, not the rights of her family, should be paramount. It should not matter whether or not the person has money. We know there are allegations in this country that if you have money you can jump the queues; if you need a CT scan, you can get around the wait times.

When it comes to the elderly, it is cheaper to put more money in the right places such as providing care in the home. It does not have to be an economic argument but it always comes down to that.

**Ms. Watts:** There is a section 7 issue that I want to bring back to the Canadian Charter of Rights and Freedoms. If she is mentally capable, whatever that means — and I want us to be thinking a lot about who has made that assessment and with what tools — regardless of physical frailty, she is able to make her own decisions and she has the right to act as foolishly as she wishes.

I often say that I plan, at a certain age, to spend most of my money on shoes. I am a well-known shoe-lover and I plan to spend my money on them at that age. Will it be prudent? No. Will it enrich my life? Absolutely.

If the woman we are talking of should choose to live three months in a situation at risk and if she is mentally capable of doing so, pursuant to section 7 of the Charter of Rights and Freedoms, she has that right. If it is infringed upon, she has a section 15 remedy saying she is being discriminated against based on age.

A public policy answer to that also draws upon my colleague's response. We know from some preliminary work at the Public Health Agency that Health Canada and the provincial governments have addressed but have not taken action on a national strategy on home care. In particular, I draw attention to whether this woman is palliative. If so, we need to be looking very seriously at hospice and palliative options regarding quality of life. We know the most expensive place for that woman to be is in that long-term care home, second only to an acute care bed. It seems to me that Canada is doing her no service and she is doing no service to Canada. Therefore, she has the right to make her decisions and I recommend that we support her in any way we can, especially if it is a matter of palliative or hospice care. She has the right to make the decision.

**The Chair:** In this country, we also know that if you have a lot of money and can pay for home care support, you can remain in your home. However, only a small minority of Canadians can live

sur la protection des enfants, toutes proportions gardées. On agit à titre de défenseurs des personnes concernées. La dame diabétique âgée qui ne souhaite pas être dans un foyer de soins infirmiers pourrait faire appel à quelqu'un comme un ombudsman pour défendre sa cause. Ses droits, et non ceux de sa famille, devraient passer avant tout. Le fait que cette personne ait de l'argent ou non ne devrait pas compter. Nous savons qu'il y a des allégations selon lesquelles dans ce pays, si on a de l'argent, on peut passer devant tout le monde dans la file, et que si l'on doit passer un examen tomodensitométrique, on peut contourner le temps d'attente.

Quand il s'agit des aînés, il est plus économique d'investir davantage d'argent aux bons endroits, par exemple en fournissant des soins de santé à domicile. Cela ne doit pas nécessairement être un argument économique, mais on en revient toujours à cela.

**Mme Watts :** J'aimerais revenir sur un problème que pose l'article 7 de la Charte canadienne des droits et libertés. Si une personne est mentalement capable, peu importe ce qu'on entend par ce terme — j'aimerais que nous nous interrogeions longuement sur la personne qui a fait une telle évaluation, avec quels outils —, abstraction faite de sa fragilité physique, elle est en mesure de prendre ses propres décisions et a le droit d'agir de manière aussi inconsidérée qu'elle le souhaite.

Je dis souvent que j'ai l'intention de dépenser une grande partie de mon argent pour des chaussures lorsque j'aurai atteint un certain âge. Je suis uneoureuse des chaussures notoire, et j'ai prévu dépenser mon argent là-dedans. Est-ce que ce sera prudent? Non. Cela enrichira-t-il ma vie? Absolument.

Si la dame dont nous parlons devait choisir de vivre trois mois dans une situation à risque et qu'elle est intellectuellement capable de le faire, en vertu de l'article 7 de la Charte des droits et libertés, elle en a le droit. Si l'on y porte atteinte, elle dispose d'un recours aux termes de l'article 15, selon lequel elle est victime de discrimination en raison de son âge.

Une politique publique répondrait à ce problème, mais également à celui évoqué par ma collègue dans sa réponse. Nous savons, d'après certains travaux préliminaires de l'Agence de la santé publique du Canada, que Santé Canada et les gouvernements des provinces se sont penchés sur une stratégie nationale en matière de soins à domicile, mais n'ont pas pris de mesures à cet égard. En particulier, j'attire l'attention sur la question de savoir si la dame dont nous parlions a besoin de soins palliatifs. Si c'est le cas, il nous faut examiner très sérieusement les options en matière de soins palliatifs, sous l'angle de la qualité de vie. Nous savons que pour cette dame, le choix le plus coûteux, tout de suite après un lit dans un établissement de soins actifs, serait de vivre dans la maison de soins de longue durée. Il me semble que le Canada ne lui rend pas service, et que l'inverse est aussi vrai. Elle a donc le droit de prendre ses propres décisions, et je recommande que nous l'appuyions de toutes les façons possibles, surtout si c'est une question de soins palliatifs ou de soins en hospice. Elle a le droit de prendre cette décision.

**La présidente :** Au Canada, nous savons également que si l'on a beaucoup d'argent et qu'on peut payer pour des soins à domicile, on pourra rester chez soi. Toutefois, une petite minorité de

that way. We also saw a famous case in New York where an elderly woman had money and she still did not get the care she required because she had a son that did not ensure she had the money to do it. She had to have a grandson advocate on her behalf in order to secure those resources for her.

It is left to the family and, to be fair, this is a very caring loving family that just wants the best care for their mother. They are terrified that she is not going to have quality care if she moves back into her own home. This is not about money or even about power. This is about their legitimate desire to do what they believe is in the best interests of their mom, with their mom in conflict saying that it is not in her best interest.

The dilemma I think many of us will face in that kind of a situation is: "How can I educate the Canadian people to recognize that this is not a second childhood my mother is going into? This is her adulthood and she is entitled to make those decisions even though I am not comfortable with those decisions."

**Ms. Desveaux:** You used the word "comfort." You are more comfortable having your mother cared for because you do not have to worry about her getting up at night and tripping over the foot stool on the way to the bathroom. You can sleep better at night, but it is not about your comfort; it is about your mother's comfort. Therefore, your mother has the right to live at risk.

**Senator Mercer:** I think it is interesting that you use that terminology. Let us turn it around and go back to when we were parents of children. Children move away from us and we spend time fretting about what they are doing and if they are getting up in the middle of the night and tripping over the stool, et cetera. All of us who are parents had to learn to live with that type of concern. We do not necessarily feel comfortable with it all the time.

I think you are correct: I am very concerned that people go for the quick fix of putting Mom in the nursing home. It is extremely expensive, not just for the family if they are paying for it, but it depletes all the resources that the parents have built up over their lifetime. It also depletes the resources of the province that they are living in.

In my estimation, I do not think it provides the quality care that people say it does. It provides safe care because if they are looking for safety, they are probably going to get that in a nursing home. If looking for quality, they will not necessarily get it unless they are paying top dollar and, as Senator Carstairs says, that is not necessarily the case, either.

I am interesting in talking about Great Britain where patient advocates are truly that. Perhaps this is something we should pursue a little further. Perhaps there needs to be an advocate for the aged and that advocate indeed works for them and not for us,

Canadiens seulement peut vivre ainsi. Nous avons également vu ce cas bien connu où, à New York, une dame âgée avait de l'argent mais n'obtenait toujours pas les soins dont elle avait besoin, parce que son fils ne veillait pas à ce qu'elle ait de l'argent à cette fin. Il a fallu que son petit-fils défende sa cause en son nom pour lui assurer ces ressources financières.

La décision est laissée à la famille et, à vrai dire, il s'agit d'une famille aimante et attentionnée qui souhaite les meilleurs soins pour sa mère. Les membres de la famille ont très peur qu'elle ne bénéficie pas de soins de qualité si elle retourne dans sa propre maison. Il ne s'agit pas d'argent, ni même de pouvoir. Il s'agit de leur souhait légitime d'agir de la meilleure façon possible dans l'intérêt de leur mère, alors que celle-ci s'y oppose en disant que cela n'est pas dans son meilleur avantage.

Dans ce type de situation, le dilemme auquel bon nombre d'entre nous seront confrontés se résume à la question suivante : « Comment puis-je éduquer la population canadienne afin qu'elle reconnaisse que ma mère ne se dirige pas vers une deuxième enfance? Elle est adulte et a le droit de prendre ses propres décisions, même si celles-ci me mettent mal à l'aise ».

**Mme Desveaux :** Vous avez utilisé le mot « à l'aise ». Vous êtes plus à l'aise avec l'idée qu'on prenne soin de votre mère parce que vous n'avez pas à vous inquiéter qu'elle se lève en pleine nuit et qu'elle trébuche sur le repose-pieds en se rendant à la salle de bain. Vous pouvez davantage dormir sur vos deux oreilles. Or, il ne s'agit pas de votre confort, mais de celui de votre mère. Elle a donc le droit de vivre dans des conditions à risque.

**Le sénateur Mercer :** Je trouve intéressant que vous utilisiez cette terminologie. Mais revenons à l'époque où nous élevions des enfants. Nos enfants partis de la maison, nous passons notre temps à nous tracasser en nous demandant ce qu'ils font, s'ils se lèveront en plein milieu de la nuit et trébucheront sur le repose-pieds, et cetera. Tous ceux parmi nous qui ont été parents ont dû apprendre à vivre avec ce genre d'inquiétudes. Nous ne nous sentons pas nécessairement à l'aise tout le temps dans ce contexte.

Je pense que vous avez raison : je suis très préoccupée par le fait que les gens optent pour la solution facile de placer leur mère dans un centre de soins infirmiers. C'est extrêmement cher, pas seulement pour la famille si elle en assume les coûts, mais cela épuise également toutes les ressources que les parents ont accumulées au cours de leur vie, en plus de réduire les ressources de la province où ils habitent.

Je ne crois pas que cela garantit la qualité de soins que l'on prétend. Si on cherche la sécurité, c'est probablement ce qu'on aura avec un centre de soins infirmiers. Mais si on cherche la qualité, on ne l'obtiendra pas nécessairement, à moins de payer beaucoup d'argent et, comme le sénateur Carstairs l'a dit, ce n'est pas garanti non plus.

J'aimerais parler du Royaume-Uni, où les défenseurs des patients agissent vraiment dans l'intérêt des patients. Peut-être est-ce une chose que nous devrions examiner de plus près. Peut-être faudrait-il qu'il y ait un défenseur des aînés, et que ce

nor for the bank, nor the family nor the life insurance companies. The government may pay for it but these advocates do not work for the government but for the aged person who feels aggrieved.

I really sympathize with the family because most families want the best for their aging parents but the families also have to respect the decisions that their parents make. I like the idea that we can be foolish in old age.

How do we get to the point where we have an advocate? Should the advocate be a federal or provincial officer?

**Ms. Desveaux:** I see a role for both jurisdictions. When I think of public trustees, for example, not all provinces have a public trustee and a public guardian. In Nova Scotia, we have a combined office made up of one person with minimal office staff. She is the hardest working lawyer in Nova Scotia. I am using that example because that I am familiar with it.

We have the federal government and provincial governments. We have federal and provincial civil servants. We could have oversight from the federal level and best practices so that the provinces could carry it out. It could be legislated to the provinces' responsibility but there could be federal jurisdiction in terms of federal oversight to ensure best practices so things would not be done in isolation in rural British Columbia, the City of Halifax or in francophone Quebec. I use that example because sometimes things are done differently in Quebec; its laws are different.

We would look at the best interests of the aged person, not what makes a son in British Columbia taking care of his mother in Ontario more comfortable. I cannot see why it cannot be done. We can appoint public trustees. Why can we not appoint ombudsman or someone as the seniors' advocate?

We need to appoint someone with the background and knowledge of those conditions, not someone who will take the interests of the physician who has had those interests shaped by the family, or the banking officer in the rural community who knows the family will do what they want anyhow. We want someone who is independent, who truly is that person's representative. It can be done.

**Senator Mercer:** Regarding your description of the portability of health care, I think that is really something we need to explore. I benefited from the portability of health care. I pay my taxes in Nova Scotia but I have had health care in Ontario. It is interesting that if you go through the process, you go up to a point where there are reciprocal agreements between the provinces and they only go so far. That does not just affect the elderly; it affects all of

défenseur travaille véritablement pour les personnes âgées et pas pour nous, ni pour la banque, la famille ou les compagnies d'assurances. Le gouvernement pourrait payer pour ces défenseurs; cependant, ceux-ci ne travailleraient pas pour le gouvernement, mais pour les personnes âgées qui se sentent lésées.

Je compatis vraiment avec la famille, car la plupart des gens veulent ce qu'il y a de mieux pour leurs parents âgés. Mais ils doivent également respecter les décisions que leurs parents prennent. J'aime l'idée que nous puissions faire des bêtises quand nous sommes âgés.

Mais comment en arriver à avoir un tel défenseur? Devrait-il être un agent fédéral ou provincial?

**Mme Desveaux :** Selon moi, les deux ordres de gouvernement pourraient jouer un rôle à cet égard. Quand je pense au curateur public, par exemple, ce ne sont pas toutes les provinces qui ont ce poste, ni celui de tuteur public. En Nouvelle-Écosse, nous avons un bureau fusionné formé d'une personne et d'un personnel réduit au minimum. La titulaire de ce poste est l'avocate qui travaille le plus fort en Nouvelle-Écosse. J'utilise cet exemple parce que je le connais bien.

Nous avons des gouvernements et des fonctionnaires de niveau fédéral et provincial. Nous pourrions assurer une supervision du fédéral et mettre en place des pratiques exemplaires pour que les provinces puissent remplir cette tâche. Les provinces pourraient avoir la responsabilité légale d'assumer cette fonction, mais le fédéral pourrait avoir compétence pour ce qui est de veiller à l'application des pratiques exemplaires, de sorte qu'on n'agirait pas en vase clos dans la Colombie-Britannique rurale, la ville d'Halifax ou le Québec francophone. J'utilise cet exemple parce que parfois, on fait les choses autrement au Québec. Les lois de cette province sont différentes.

Nous tiendrions compte du meilleur intérêt des personnes âgées, et pas de ce qui peut mettre à l'aise un fils de Colombie-Britannique qui fait soigner sa mère en Ontario. Je ne vois pas pourquoi on ne pourrait pas le faire. Nous pouvons nommer des curateurs publics. Pourquoi ne pas nommer un ombudsman ou quelqu'un d'autre qui agirait à titre de défenseur des aînés?

Il nous faut nommer quelqu'un qui possède un bagage et des connaissances relativement à ces conditions, et non une personne qui tiendra compte des intérêts du médecin, intérêts qui ont été déterminés par la famille, ou encore de ceux de l'agent des opérations bancaires de la communauté rurale qui connaît la volonté de la famille et sait qu'elle agira à sa guise de toute façon. Nous voulons quelqu'un d'indépendant, qui représente véritablement la personne concernée. Cela peut se faire.

**Le sénateur Mercer :** En ce qui concerne votre description de la transférabilité des soins de santé, je pense que c'est vraiment une question que nous devons étudier sous tous ses aspects. Je bénéficie de cette transférabilité. Je paie des impôts en Nouvelle-Écosse, mais j'ai reçu des soins de santé en Ontario. Il est intéressant de noter que si l'on franchit les étapes du processus, on arrive à un point où il y a des accords réciproques entre les

us. How do we fix that and what are the specifics that you see missing in the portability for the aging?

**Ms. Desveaux:** The specifics are if you were living in a nursing home in Ontario and you are under the OHIP or Pharmacare plan of that province and you go Nova Scotia, there is a waiting period. One client had to move her mother into care; of course, there was no bed available because there are people in acute care tying up beds waiting for nursing homes. She had the option of putting her mother in a small home with around-the-clock care which the family had to pay for. The family had to take on all of the health care expenses during that time, whereas it should be transferable.

I have one of the private health care providers giving me insurance, which many of us do — most of us get extra coverage so that the ambulance trip to the hospital can be covered. This just gets me started on another line of thought about nursing homes where it is not covered any more. I get militant about these things with regard to the elderly. However, I think you should be able to leave downtown Toronto and move to downtown Halifax and your health care should go with you. Your coverage should go with you but it does not.

As far as those enhancements, we have a senior who may have been recommended by her specialist that she take a particular trade name medication. When she moves to another province, she will have to go through another referral to another physician to get that same prescription written so she can have access to that medication because it is on a restricted list. We need to look at that. These are discriminatory practices that need to be addressed but for some reason, it is okay to discriminate against the elderly. We have to get rid of that perception before we can do anything about the reality.

I want to comment about nursing homes. I worked in a nursing home for more than 20 years, and I during that time I did not see one case of elder abuse. I saw really good quality of care. In defence of nursing home staff, I can say that most of them are not there because they have to be; they are there because they want to work with the elderly. The nursing staff does not care if you are rich and had a home in the south end of Halifax or Richmond Hill in Toronto or Mount Royal in Quebec. It does not matter if the elderly person has money or not the staff still provides the same quality of care. I think I should make that clear since I have worked in that area. The care is consistent.

**Senator Mercer:** That is the one thing that we would all agree on; the quality of care delivered by the people is excellent. The question is, are there enough people to deliver the care?

**Ms. Desveaux:** No, there are not; there is a crisis.

**Senator Mercer:** So the level of care does deteriorate due to lack of staff. They can only serve so many people in an eight- or 12-hour shift and they can only give the quality that time and

provinces seulement jusqu'à un certain niveau. Cela ne touche pas seulement les personnes âgées, mais chacun d'entre nous. Comment y remédier, et quelles sont les caractéristiques qui font défaut, selon vous, en ce qui a trait à la transférabilité des soins de santé aux aînés?

**Mme Desveaux :** Lorsque vous vivez dans un centre de soins en Ontario, que vous êtes couvert par l'Assurance-santé de l'Ontario ou le régime d'assurance-médicaments de la province et que vous déménagez en Nouvelle-Écosse, vous devez vous soumettre à une période d'attente. Une de mes clientes a été obligée de trouver un centre pour sa mère. Il n'y avait pas de place disponible. Sa mère occupait un lit dans un établissement de soins actifs. Elle a trouvé un foyer qui offrait des soins 24 heures sur 24, sauf que c'est la famille qui devait payer. La famille a dû assumer toutes les dépenses en soins de santé au cours de cette période. Or, l'assurance-santé devrait être transférable.

Je souscris une assurance auprès d'un fournisseur de soins de santé privé. De nombreuses personnes le font — l'assurance complémentaire couvre les frais de transport en ambulance. Ces frais ne sont plus couverts par les centres de soins. Voilà une autre question qui me préoccupe, surtout en ce qui concerne les personnes âgées. Quand on quitte le centre-ville de Toronto pour emménager au centre-ville d'Halifax, on devrait pouvoir transférer son assurance-santé. Elle devrait nous suivre, mais ce n'est pas le cas.

Pour ce qui est des améliorations à apporter, il y a, parmi nos clients, une personne âgée qui s'est fait prescrire un médicament de marque par son médecin. Si elle déménage dans une autre province, elle va être obligée de consulter un autre médecin pour obtenir le même médicament, parce qu'il figure sur une liste restreinte. C'est un problème auquel il faut s'attaquer. Les personnes âgées sont victimes de pratiques discriminatoires que nous semblons, pour une raison ou une autre, trouver acceptables. Nous devons nous débarrasser de cette perception avant de faire quoi que ce soit.

Concernant les centres de soins, j'ai travaillé dans un établissement pendant plus de 20 ans et je n'ai été témoin d'aucun cas de mauvais traitement au cours de cette période. Les soins dispensés étaient excellents. Pour ce qui est du personnel, les employés, pour la plupart, ne sont pas là par obligation, mais par choix : ils veulent travailler auprès des personnes âgées. Que vous soyez riche et que vous habitiez le quartier sud d'Halifax, Richmond Hill, à Toronto, ou ville Mont-Royal, au Québec importe peu. Que vous ayez ou non de l'argent, le personnel va continuer de fournir les mêmes soins de qualité. Je tenais à le préciser, puisque j'ai travaillé dans ce domaine. La qualité des soins est constante.

**Le sénateur Mercer :** C'est un point sur lequel nous nous entendons tous : les soins offerts sont d'excellente qualité. Toutefois, a-t-on suffisamment de personnel pour les dispenser?

**Mme Desveaux :** Non, il n'y en a pas assez. Nous sommes confrontés à une crise.

**Le sénateur Mercer :** Donc, la qualité des soins fléchit en raison d'un manque de personnel. Seul un nombre limité de personnes peuvent être desservies au cours d'un quart de travail de 8 ou de

physical restrictions permit. I agree that it is not because they do not want to; it is because they are not given the resources to do that.

**Senator Cordy:** You both have been fascinating to listen to. I wanted to say forget the question period, just keep talking. There are many Nova Scotians around the table so we are all familiar with the case you spoke about that has been well documented in the media. You wonder what is right and what is not because it is a case of he said, she said — or in this instance, he said, he said — and the woman herself is sort of shunted aside.

**Ms. Desveaux:** In that particular case, she made her plan and it does not matter if I do not like it.

**Senator Cordy:** That is my question. Here is someone very intelligent, at least from what I read, who put all her plans in place. One would feel secure that if you take the time to do that, your plans will be carried out. That was not the case; her plans were not carried out, much to the chagrin of many people who have put their plans in writing, I would guess. Do we have to update the laws or is the Charter enough?

**Ms. Desveaux:** Only if we have the money to issue a Charter challenge and take every one of those cases to court.

**Ms. Watts:** Then you would have to find a lawyer expert in the area.

**Senator Cordy:** We have two experts here today.

**Ms. Desveaux:** In that particular woman's case, it should not have happened. As soon as they got word she was in England, the Royal Canadian Mounted Police should have been contacting Scotland Yard and they should have been knocking on the door. She should have been on the next plane back, escorted by a nurse from England — a geriatrician or whatever it took. She should have been brought back here, put into a specialized unit at the QE II and assessed by geriatricians. They could have called in an independent geriatrician to assess her. We even tried to have an assessment done by a geriatrician in England and he would not touch it with a 10-foot pole.

She should have been brought back here. She did everything right, but in her particular case, there was a power of attorney, not a court order. When they went to the police and said she is gone and he took her, the problem is that she went willingly. My argument from the beginning was that if you go into any nursing home and say "Do you want to come home with me?" they would follow you out the door.

Her rights were not even looked at. There was a lack of education by the people who were receiving the information in England. I think we have learned a lot from that case and I think that there will be changes to the legislation. When I do documents for my clients, I do not put the health care decision making into a regular power of attorney for property unless they insist; I put it in an advanced health care directive.

12 heures, en fonction des contraintes temporelles et physiques auxquelles le personnel est soumis. Ils veulent fournir des soins de qualité, mais ils n'ont pas les ressources nécessaires pour le faire.

**Le sénateur Cordy :** Je vous trouve toutes les deux fort intéressantes. Laissons de côté les questions et poursuivons la discussion. Il y a de nombreuses personnes ici qui sont originaires de la Nouvelle-Écosse et qui connaissent le cas auquel vous avez fait allusion. Les médias en ont beaucoup parlé. On se demande qui dit vrai dans cette histoire : c'est la parole de l'un contre la parole de l'autre. On a tendance à oublier un peu la principale intéressée.

**Mme Desveaux :** Dans ce cas particulier, la dame avait pris des dispositions et je n'avais pas à me prononcer là-dessus.

**Le sénateur Cordy :** Justement. Voici une personne très intelligente, du moins, d'après ce j'ai lu, qui a préparé des directives. On penserait que lorsqu'on prend le temps de le faire, nos souhaits vont être respectés. Or, cela n'a pas été le cas. Ses directives n'ont pas été suivies, au grand désarroi des nombreuses personnes qui ont mis leurs volontés sur papier. Devons-nous actualiser les lois, ou seulement la Charte?

**Mme Desveaux :** Uniquement si nous avons les moyens d'entreprendre une contestation en vertu de la Charte et de saisir les tribunaux de toutes ces affaires.

**Mme Watts :** Il faudrait alors trouver un avocat qui se spécialise dans le domaine.

**Le sénateur Cordy :** Il y en a déjà deux, ici, aujourd'hui.

**Mme Desveaux :** Les choses n'auraient pas dû se passer de cette façon. Dès qu'elle a su qu'elle était en Angleterre, la Gendarmerie royale du Canada aurait dû communiquer avec Scotland Yard, qui aurait dû aller la chercher et la renvoyer au Canada, en prenant soin de la faire accompagner d'une infirmière — ou d'un gériatre, par exemple. Elle aurait dû être ramenée ici, placée dans une unité spéciale au QE II et évaluée par des gériatres. Ils auraient pu la faire évaluer par un spécialiste en gériatrie indépendant. Nous avons essayé de la faire évaluer par un gériatre en Angleterre, mais il n'a pas voulu.

Il aurait fallu la ramener au Canada. Elle avait tout fait selon les règles, sauf qu'il y avait aussi une procuration. Aucune ordonnance du tribunal n'a été émise. Ils ont dit aux policiers qu'elle n'était plus là, qu'il l'avait emmenée, sauf qu'elle était partie de son plein gré. Ce que j'essaie de dire depuis le début, c'est que si vous demandez à une personne qui se trouve dans un centre de soins, « Veux-tu rentrer à la maison avec moi? », elle va vous suivre.

Ses droits n'ont pas été respectés. Les gens qui ont reçu l'information en Angleterre n'étaient pas au courant de tous les faits. Nous avons beaucoup appris de ce cas-ci et je pense que des modifications vont être apportées aux lois. Quand je prépare des documents pour mes clients, je n'inclus pas les souhaits visant les soins de santé dans la procuration relative aux biens, sauf si la personne insiste, mais plutôt dans une directive préalable.

In Nova Scotia, in particular, we have the Medical Consent Act, where you can name a proxy — a decision maker. You can delegate that authority to someone to give consent. However, when you look at that legislation, you are looking at giving consent to treatment.

My argument would be — as with the lawyers who volunteered to work on this file with me, as well as some physicians — when it comes to dementia, everything is about consent, so that should have been enough, but it was not. We obviously need more education in this area.

When I do an advanced health care directive, I include that medical consent clause. The person names someone as a proxy but then they do their instructional type of directive — the living will type of directive —, which guides the hand of the substitute decision maker as to your wishes.

Ms. Munroe had articulated her wishes to various individuals. Her physicians knew her; they were her friends. This should never have happened but it did. When my clients come to me, they say, “You are the lawyer who looked after the Heli Munroe case. Will that happen to me?” I cannot tell them that it will not happen to them as long as we have legislation like the Criminal Code that says if you do not like what your sister’s husband is doing with her, take her to another country. Until that is changed, realises that this legislation has to be changed, then it can happen again.

I am confident it will happen again because this case is now a he said, she said type of scenario, which has taken away the emphasis from where it should be, which is on Ms. Munroe herself.

None of the allegations has been substantiated. He made various allegations but because the authorities in this province did their role in investigating and it did not pass his smell test, he took her away. Really, we should not be able to flaunt the laws of this country but it was done in that case.

**Senator Cordy:** Should we change the law?

**Ms. Desveaux:** Absolutely.

**Ms. Watts:** I sit on the Federation of Law Reform Agencies of Canada and I am a staff lawyer at the British Columbia Law Institute, which is the law reform body of British Columbia. I cannot say there are any laws in any more specific need of harmonization, if not unification, than the laws that govern health care consent, advanced care planning and powers of attorney.

We have one initiative of the Western provinces but this is an unfunded project. The Law Commission of Canada and, before that, the Law Reform Commission of Canada no longer exist. There is no body in Canada that can look nationally at how to work on uniform issues, with the exception of the largely unfunded Uniform Law Conference of Canada and the largely unfunded Federation of Law Reform Agencies of Canada.

La Nouvelle-Écosse s’est dotée d’une loi sur le consentement aux traitements médicaux, le Medical Consent Act, qui autorise une personne à désigner un mandataire qui va décider à sa place. Vous pouvez déléguer le pouvoir de consentement à quelqu’un d’autre. Or, il s’agit bien d’un consentement à un traitement médical.

À mon avis — et les avocats qui ont travaillé bénévolement sur ce dossier et certains médecins pensent la même chose —, quand il est question de démence, le consentement est primordial. Or, ce n’était pas suffisant. Nous devons manifestement faire plus de sensibilisation dans ce domaine.

Quand je prépare une directive préalable, j’inclus dans celle-ci une clause de consentement aux traitements médicaux. La personne désigne un mandataire, mais prépare des directives — qui s’apparentent à un testament de vie —, qui vont servir de guide à celui-ci.

Mme Munroe avait fait part de ses volontés à plusieurs personnes. Ses médecins la connaissaient. C’étaient des amis. Ce qui s’est passé n’aurait jamais dû arriver. Quand mes clients viennent me voir, ils disent, « Vous êtes l’avocate qui s’est occupée du dossier Heli Munroe. Que va-t-il m’arriver? » Je ne peux pas leur dire qu’ils ne vivront pas la même chose tant qu’il y a des lois, comme le Code criminel, qui disent que si vous n’aimez pas comment le mari de votre sœur traite celle-ci, emmenez-là dans un autre pays. Ce genre de situation va se produire de nouveau, tant que le Code ne sera pas modifié.

Je suis certaine que cela va se produire de nouveau, car on cherche maintenant à établir qui dit vrai dans cette affaire au lieu de mettre l’accent sur la principale intéressée, soit Mme Munroe elle-même.

Aucune des allégations n’a été prouvée. Il en a fait diverses, mais parce que les autorités de la province ont mené une enquête et que celle-ci n’a pas donné les résultats escomptés, il l’a emmenée. Nous ne devrions pas avoir le droit d’enfreindre les lois d’un pays, mais c’est ce qui a été fait dans ce cas-ci.

**Le sénateur Cordy :** Devrions-nous modifier le Code?

**Mme Desveaux :** Absolument.

**Mme Watts :** Je fais partie de la Federation of Law Reform Agencies of Canada. Je travaille aussi comme avocate-conseil pour le British Columbia Law Institute, la Commission de réforme du droit de la Colombie-Britannique. S’il y a des lois qui doivent être harmonisées, voire uniformisées, ce sont bien celles qui régissent le consentement aux soins de santé, les directives préalables, les procurations.

Les provinces de l’Ouest ont créé un organisme, mais il n’est pas financé. La Commission du droit du Canada et la Commission de réforme du droit du Canada n’existent plus. Il n’y a pas d’entité nationale au Canada qui s’intéresse à la question de l’uniformisation des lois, sauf peut-être la Conférence pour l’harmonisation des lois au Canada et la Federation of Law Reform Agencies of Canada, deux associations qui ne bénéficient essentiellement d’aucun financement.

There is a quip that we have no more corners of our desk to work off of. As a result, the national work is being done by concerned lawyers who believe passionately that we need to move forward. In this sense, I think federal leadership is very important, whether we reconfigure how that work is done. I have met with the Minister of Justice and with some other law reform agencies, and we have suggested that we work together in a new way.

One of my recommendations to this committee is to pursue how law reform across the country is funded. I recommend that the committee do this with an eye to understanding that is it important for all societies to have a national responsive law reform commission, be it federal or a funded federation of provincial and territorial commissions. It is a disgrace that Canada does not have this type of commission. Further, it neither serves our economic nor responsive purposes to be without such a body.

You may or may not know that your power of attorney for finance or your advance care plan, which could look like an advance directive, like a health care directive or like a number of different things in a default, is entirely provincially governed. That is fine, except for the fact that it will likely not be recognized, enforced or understood when Gladys goes to visit Susan or when Susan goes to visit the nephew in Halifax.

If I am visiting in Ontario, my plans from British Columbia will not be recognized easily and indeed may not even be thought to exist. We do not have a national system for the review of laws and we do not have a coherent system to look at these most critical and personal issues, particularly for the aging population.

**Ms. Desveaux:** As there are so many Nova Scotians in this room, I will say that in the *Heli Munroe* case both Peter MacKay and Alexa McDonough came forward, and they understood that there is a gap in the law. They understood that the law needs to be reviewed. Mr. MacKay said that the government is going to do something about it. His actual words were, "I'm from the government and I want to help."

Please, help Heli Munroe, yes, but help all the other older Nova Scotians and older Canadians who could be removed from this country. The daughter in New York can take the mother from Toronto if she does not like what the daughter in St. Catharines is doing. It can happen.

**Senator Cordy:** Many seniors are isolated. I want to make it clear that not every senior is abused by his or her family, but there are situations in which seniors are very isolated and very dependent on families that may not be treating them in the way they should be treating them. How do we get the information to seniors overall, but particularly to seniors in isolated situations? It does not have to be isolation in a rural area; it can be isolation in an urban area. How do we get information to seniors about their rights?

You spoke earlier, Ms. Watts, about work you are doing in British Columbia, and Ms. Desveaux said she hoped this would be a scenario repeated across the country. What types of things are you doing and how can we do it?

Comme il y a des limites à ce que nous pouvons faire, le dossier à l'échelle nationale est piloté par des avocats concernés qui croient fermement à la nécessité d'agir. Le gouvernement fédéral doit absolument faire montre de leadership dans ce domaine. J'ai rencontré le ministre de la Justice et des représentants d'autres commissions de réforme du droit, et nous leur avons proposé de créer un nouveau partenariat.

Le comité doit examiner, entre autres, la question du financement de la réforme du droit au Canada. Toutes les sociétés devraient avoir une commission de réforme du droit responsable qui relève du gouvernement fédéral, ou encore une fédération qui regroupe les commissions provinciales et territoriales. Je trouve honteux que le Canada n'ait pas d'organisme de ce genre. Par ailleurs, le fait de ne pas avoir de commission ne sert ni nos intérêts économiques, ni nos objectifs d'intérêt public.

Vous ne le savez peut-être pas, mais les questions touchant les procurations relatives aux biens ou aux soins de la personne, les directives préalables comme les directives de soins de santé, ainsi de suite, sont entièrement régies par les provinces. Ce qui est une bonne chose, sauf que ces directives ne seront pas reconnues, respectées ou comprises quand Gladys rend visite à Susan ou quand Susan rend visite à son neveu, à Halifax.

Les dispositions que j'ai prises en Colombie-Britannique ne seront pas reconnues automatiquement ou même jugées valides en Ontario. Nous n'avons pas, au Canada, de processus d'examen des lois ou de cadre cohérent qui régit la plupart de ces questions critiques et personnelles, surtout pour les personnes âgées.

**Mme Desveaux :** Comme il y a ici de nombreuses personnes originaires de la Nouvelle-Écosse, je tiens à préciser que, dans le cas de l'affaire *Heli Munroe*, Peter MacKay et Alexa McDonough ont tous deux reconnu que la loi présentait des lacunes. Ils sont conscients du fait que la loi doit être revue. M. MacKay a dit que le gouvernement allait s'en occuper. Il a dit qu'il représentait le gouvernement et qu'il tenait à faire quelque chose.

S'il vous plaît, aidez Heli Munroe, mais aidez aussi toutes les autres personnes âgées de la Nouvelle-Écosse et des autres provinces du Canada qui pourraient être emmenées à l'étranger. La fille qui est installée à New York peut décider d'emmener sa mère, qui habite Toronto, si elle n'aime pas les décisions que prend la sœur qui vit à St. Catharines. Tout est possible.

**Le sénateur Cordy :** De nombreuses personnes âgées sont isolées. Je tiens à préciser que ce ne sont pas toutes les personnes âgées qui sont maltraitées par leur famille. Toutefois, il y a des personnes âgées qui sont très isolées, qui comptent beaucoup sur l'aide de la famille qui, elle, ne les traite peut-être pas comme elle devrait le faire. Comment faire parvenir l'information aux personnes âgées, surtout celles qui sont isolées? Elles peuvent être isolées aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain. Comment s'assurer que les personnes âgées connaissent leurs droits?

Madame Watts, vous avez parlé, plus tôt, du travail que vous effectuez en Colombie-Britannique. Mme Desveaux aimerait bien que les autres provinces en fassent autant. Parlez-nous un peu de ces projets. Pouvons-nous faire la même chose?

**Ms. Watts:** I have a wonderful success story to tell you. The Network of Centres of Excellence, which is a federally funded body combining the organizations of CIHR, SSHRC and NSERC, has funded about \$1 million per year for four years, the National Initiative for the Care of the Elderly. I am privileged to be the theme team leader for the end-of-life and palliative care division. I also work on other policy aspects for the National Initiative for the Care of the Elderly.

This is a marvellous organization that brings together clinicians across the disciplines, which is unique in Canada. It brings together the original core group of geriatric nurses, doctors and social workers, and we have added in a few lawyers. Ms. Desveaux and I also advise in that capacity. It has expanded to occupational therapists, physiotherapists and a broad number of other groups that are interested in supporting older adults.

For the most part, the people who do this work do it voluntarily. Again, there are only so many corners of the desk that we can work from. People who want to work in these areas look at five themes including dementia, care giving and end-of-life issues, and an elder abuse theme team has been newly established.

It also partnered with the IRDCs and has received a bit of funding from the federal government in terms of its international divisions to look at ways in which we use knowledge mobilization from other countries from which Canadians have come. It began with nine core countries and has expanded to others. We look at how to mobilize information across cultures and across language difficulties.

This initiative is wonderfully supported in terms of the people who are willing to do the work. It needs continued support as its funding runs out, which I believe will be in about a year and a half. I can strongly recommend the work of the National Initiative for the Care of the Elderly. It has the ability to get into the teaching curricula, the professional curricula and professional requirements and licensing. It pulls in business and industries that manufacture goods for older adults, and it is all done on a shoestring.

In terms of knowledge mobilization, with proper supportive funding for longer than four years it could be inspirational. It is based on work done by the John A. Hartford Foundation in the United States, which has funding of tens of millions of dollars annually. In comparison with how that is funded and where that work is done, we have been remarkably efficient.

The notion is that the network is funded purely for knowledge mobilization purposes. The concept is that good data and good evidence exist. We need to get it into the right hands and then mobilize, or, as my colleague says, "What?" "So what?" and "Now what?" We have the "what" in Canada; we have good research. We need the "so what." It needs to be into the hands of

**Mme Watts :** Nous avons lancé une initiative qui a connu beaucoup de succès. Le Réseau de centres d'excellence, un organisme financé par le gouvernement fédéral qui regroupe les IRSC, le CRSH et le CRSNG, verse un million de dollars par année depuis quatre ans à l'Initiative nationale pour le soin des personnes âgées. J'ai l'honneur d'être la chef d'équipe de la division des soins en fin de vie et des soins palliatifs. Je m'occupe également d'autres volets stratégiques de l'Initiative.

Il s'agit d'une association merveilleuse qui regroupe des praticiens de diverses disciplines, chose unique au Canada. On retrouve au cœur de ce réseau des infirmiers et des infirmières gériatriques, des médecins, des travailleurs sociaux et quelques avocats. Mme Desveaux et moi agissons comme avocates-conseils. Il comprend aussi des thérapeutes, des physiothérapeutes et plusieurs autres professionnels qui se préoccupent du soin des aînés.

Ces personnes travaillent pour la plupart à titre bénévole. Encore une fois, il y a des limites à ce que nous pouvons faire. L'Initiative s'intéresse à cinq grands domaines, dont la démence, la prestation de soins et les questions de fin de vie. Une nouvelle équipe spécialisée dans les mauvais traitements infligés aux personnes âgées vient d'être créée.

L'Initiative travaille en collaboration avec le CRDI. Elle a reçu une aide financière du gouvernement fédéral pour mener une étude sur la façon dont nous pouvons mettre à profit les connaissances acquises par les autres pays d'origine des Canadiens. Au départ, neuf pays étaient visés. D'autres se sont ajoutés à la liste. Nous essayons de trouver des moyens de mobiliser les connaissances acquises par les différentes cultures, peu importe les barrières linguistiques qui existent.

Ce projet bénéficie de l'appui de ceux qui sont prêts à faire le travail. Toutefois, il a besoin d'une aide soutenue, puisqu'il va manquer de fonds dans environ un an et demi. J'appuie vivement les efforts que déploie l'Initiative nationale pour le soin des personnes âgées. Elle formule des recommandations concernant les programmes de formation, les programmes de spécialisation, les exigences et la réglementation professionnelles. Elle travaille aussi avec les entreprises et les industries qui fabriquent des équipements destinés aux personnes âgées. Toutefois, elle dispose de très peu de moyens.

Pour ce qui est de la mobilisation des connaissances, nous pourrions beaucoup apprendre à ce chapitre si nous avions accès à un financement sur une période de plus de quatre ans. Le travail dans ce domaine s'appuie sur les études que réalise la Fondation John A. Hartford, aux États-Unis, qui jouit d'un financement annuel totalisant des dizaines de millions de dollars. Compte tenu des fonds dont elle dispose et du travail qu'elle effectue, nous pouvons dire que nous sommes remarquablement efficaces.

Le réseau est financé dans le seul but de favoriser la mobilisation des connaissances. Nous disposons de données et d'éléments de preuve solides. Il suffit maintenant de les transmettre aux personnes compétentes. Pour répondre aux questions de ma collègue, des études sérieuses ont été réalisées au Canada. Il faut maintenant en confier les résultats aux

the people, and that can include community care specialists, family, friends, lawyers, any intersections of older adults, and web-based learning.

Older adults are the largest new group of Internet users in Canada. There has been a wonderful work done in other countries and the NICE network is doing some learning with regard to how people absorb knowledge and then the "Now what?" how they mobilize and uptake. That is a fundamental and wonderful success story of which the federal government has been supportive. I strongly recommend that it continue to be supported and funded.

**Ms. Desveaux:** I recommend grassroots approaches. Publications are mailed to seniors who receive the Guaranteed Income Supplement and other initiatives. Perhaps information on elder abuse can go out in those types of publications. The working group is currently taking many initiatives and the message about what is happening is getting out there. Elder abuse is becoming widely known in the broader community. People are reporting incidents about isolated people in communities. In rural communities we have volunteer firemen, VON nurses and even the milkman going into homes. I have heard some very positive stories about individuals intervening from those spheres.

World Elder Abuse Awareness Day will be very helpful in getting that message out. An elderly woman sitting in her rocker in rural Ontario watching the news will hear about Elder Abuse Day. She may ask the VON nurse on her next visit what this is all about. She will start to connect the pieces and realize that perhaps it relates to her. This is the same message that was going out 30 years ago when woman started to realize that abuse was not normal behaviour. We have to get the message out and the work being done now is starting to accomplish that goal.

**Ms. Watts:** As I said at the beginning of my remarks, aging is not just something that we physiologically do; it is also a social movement. It is very akin to the disabilities movement or the feminist movement, and we are at that crux now. The notion of that discourse is very important with the variety of ways that it can be suggested and supported.

I want to talk about what that person could physically do. There is currently a paucity of access to justice. A woman can be supported in learning that she has rights and that elder abuse is happening, whether that consists of being yelled at or being threatened, or whether her mail is being kept away from her, which is a common form of neglect or specific isolation. She could be isolated because her phone lines have been cut by the family or caregiver. There are subtle forms of elder abuse. It could be that she is being physically abused, that she is given sedatives so that she is not awake. There is a broad scope of abuse.

personnes intéressées, c'est-à-dire les travailleurs en service communautaire, la famille, les amis, les avocats, les associations de personnes âgées et les usagers du Web.

En effet, les personnes âgées constituent aujourd'hui le groupe d'utilisateurs le plus important d'Internet. Des études fort intéressantes ont été menées sur la question dans d'autres pays. L'INSPA cherche à savoir comment les gens absorbent les connaissances, comment ils se mobilisent, se tiennent au courant. Il s'agit d'un magnifique projet qui bénéficie de l'appui du gouvernement fédéral. Il faut absolument continuer de le soutenir et de le financer.

**Mme Deveaux :** En ce qui me concerne, je crois qu'il faudrait intervenir au niveau local. Nous envoyons des documents aux personnes âgées qui reçoivent, entre autres, le supplément de revenu garanti. Nous pourrions peut-être leur envoyer des renseignements sur la violence faite aux aînés. Le groupe de travail a pris de nombreuses mesures concrètes et renseigne les personnes âgées. La population en général est de plus en plus sensibilisée à la question de la violence faite aux aînés. Les incidents touchant des personnes isolées dans les collectivités sont maintenant signalés. Dans les régions rurales, les sapeurs-pompiers volontaires, les infirmières VON et même le laitier se rendent dans les foyers. J'ai entendu des choses très positives au sujet des interventions que ces personnes ont faites.

La Journée internationale de sensibilisation pour contrer les abus envers les personnes aînées va nous aider à diffuser le message. La femme âgée qui vit dans une collectivité rurale de l'Ontario, qui se berce dans sa chaise et regarde les nouvelles va entendre parler de cette journée. Il se peut qu'elle en parle à l'infirmière VON lors de sa prochaine visite, qu'elle se pose des questions et se rende compte que cela la vise. Ce message est le même que celui qui était diffusé il y a 30 ans, quand les femmes ont commencé à se rendre compte qu'elles étaient victimes de mauvais traitements. Nous devons faire passer le message. C'est ce que nous sommes en train de faire.

**Mme Watt :** Comme je l'ai dit au début de mon exposé, le vieillissement n'est pas seulement un phénomène physiologique, mais également un mouvement social. Il ressemble au mouvement en faveur des droits des personnes handicapées ou au mouvement féministe. Voilà où nous en sommes. Il s'agit d'un mouvement très important qui peut être appuyé de diverses façons.

Je voudrais vous parler de ce qu'une personne peut faire physiquement. Il existe actuellement des lacunes au niveau de l'accès à la justice. On peut aider une femme en l'informant des droits qu'elle possède et en lui expliquant quels sont les mauvais traitements qui sont infligés aux personnes âgées : mentionnons le fait de crier après l'aîné, les menaces, le fait de priver une personne de son courrier, et il s'agit là d'une forme courante de négligence, le fait de l'isoler en coupant sa ligne téléphonique, un geste qui peut être posé soit par un membre de la famille, soit par un aidant. Il existe aussi des formes plus subtiles de mauvais traitements. Mentionnons le recours à la force physique, la prise de sédatifs. Il existe diverses formes d'abus.

If knowledge mobilization comes, what then? The reality of the circumstance is that if it were not for kind lawyers doing pro bono work there would be nowhere for the older woman in rural Ontario to go. It is highly unlikely that she can access funds to retain private counsel in those situations. She is probably cut off from her bank accounts. She probably does not know where to go. There may be a number that she can call in her area where she can get centralized services that might help her. That is wonderful, but in the end who will help her get those things back? She needs a lawyer. Where are the funds coming from? Our legal aid system does not currently support that, so we come back to: How does she get justice?

We need to be thinking about a federal scheme to support older adults and working collaboratively with organizations such as the Canadian Bar Associations. We must support legal aid clinics with specialized knowledge that support seniors, because in the end, if elders cannot access justice, they are still stuck.

**The Chair:** I want to thank both of you very much for your appearance this afternoon and for your knowledge and expertise. You can be assured that some of your many recommendations will make their way into a final report.

The committee adjourned.

---

OTTAWA, Monday, February 4, 2008

The Special Senate Committee on Aging met this day at 12:33 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. Welcome to our Special Senate Committee on Aging. Before we begin, I wish to do a small piece of business. With your approval, I will move a motion this week in the Senate to ask for an extension for our committee to report from March 31 to September 30, 2008.

**Some Hon. Senators:** Approved.

**The Chair:** Today's meeting will focus on aging and services for inmates. To help us understand the issues surrounding this topic, we have before us on behalf of Correctional Service of Canada, Ross Toller, Assistant Commissioner, Correctional Operations and Programs and Leslie MacLean, Assistant Commissioner, Health Services. Appearing from the Office of the Correctional Investigator is Ed McIsaac and Howard Sapers. We also have Kim Pate from the Canadian Association of Elizabeth Fry Societies.

Une fois que la personne est sensibilisée, qu'arrive-t-il? Le fait est que s'il n'y avait pas d'avocats qui acceptaient d'offrir bénévolement leurs services, la femme âgée qui habite une collectivité rurale en Ontario n'aurait personne à qui s'adresser. Elle n'a sans doute pas d'argent pour retenir les services d'un avocat privé. Elle n'a peut-être pas accès à ses comptes bancaires. Elle ne sait probablement pas où aller. Il y a peut-être un numéro qu'elle peut composer dans sa région pour avoir accès à des services centralisés. C'est une bonne chose, mais en bout de ligne, qui va l'aider? Elle a besoin d'un avocat. D'où viennent les fonds? Notre programme d'aide juridique n'offre pas à l'heure actuelle de genre de soutien. Ce qui nous ramène à notre première question : comment peut-elle obtenir justice?

Nous devons mettre sur pied un programme fédéral à l'intention des personnes âgées, en collaboration avec des organismes comme l'Association du Barreau canadien. Nous devons appuyer les services d'aide juridique qui se spécialisent dans l'aide offerte aux personnes âgées, parce que, en bout de ligne, si les personnes âgées ne peuvent pas avoir accès à la justice, elles vont continuer de se trouver dans une impasse.

**La présidente :** Je tiens à vous remercier toutes les deux d'être venues nous rencontrer et d'avoir partagé avec nous vos connaissances sur le sujet. Vous avez formulé de nombreuses recommandations, et il y en a certaines qui vont figurer dans le rapport final.

La séance est levée.

---

OTTAWA, le lundi 4 février 2008

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 12 h 33, pour examiner les incidences du vieillissement de la société canadienne.

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

[*Traduction*]

**La présidente :** Bonjour et bienvenue à la séance du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement. Avant de commencer, j'aimerais régler un petit point. Avec votre approbation, je vais présenter une motion cette semaine au Sénat pour demander une prolongation afin que notre comité fasse rapport le 30 septembre 2008 plutôt que le 31 mars.

**Des voix :** Approuvé.

**La présidente :** Aujourd'hui, nous allons nous concentrer sur le vieillissement et les services aux détenus. Pour nous aider à comprendre les questions relatives à ce sujet, nous accueillons, du Service correctionnel du Canada, Ross Toller, commissaire adjoint aux Opérations et programmes correctionnels, et Leslie MacLean, commissaire adjointe aux Services de santé. Du Bureau de l'Enquêteur correctionnel, nous avons parmi nous Ed McIsaac et Howard Sapers. Nous accueillons également Kim Pate de l'Association canadienne des Sociétés Elizabeth Fry.

**Ross Toller, Assistant Commissioner, Correctional Operations and Programs, Correctional Service of Canada:** Thank you for the opportunity to present to this Senate committee. I am Assistant Commissioner, Correctional Operations and Programs for the Correctional Service of Canada. With me is Leslie MacLean, Assistant Commissioner, Health Services. Our presentation today will touch on issues related to how the Correctional Service of Canada manages its elderly offenders. We welcome any questions and comments following our remarks.

CSC, as mandated by the Corrections and Conditional Release Act is responsible for the care and custody of offenders serving sentences of two years or more. This includes providing programming that contributes to their rehabilitation and successful reintegration into the community; preparation for the release into the community; their supervision while on parole; statutory release and long-term supervision orders, with the protection of society as our paramount consideration.

Our policies, program and practices respect gender, ethnic, cultural and linguistic differences and are responsive to the special needs of women and Aboriginal peoples as well as to the needs of other groups of offenders with special requirements including the aging offender population. In order to meet these needs, CSC develops and implements individual correctional plans and interventions that are continually assessed throughout the offender's sentence.

CSC operates 24/7, 365 days a year, and supervises an offender population of 21,617 inmates: 13,170 offenders are in institutions and 8,447 are in the community. We operate 58 institutions, 16 community correctional centres and 71 parole offices across Canada. We have a staff complement of approximately 14,500 employees and a budget of just under \$2 billion.

There is and continues to be debate among researchers. I am sure you have heard different perspectives from biologists and epidemiologists about when a person should be considered older or aging. However, the term "older offender" is used to include those aged 50 to 64 and "elderly" offenders are aged 65 and over. These terms describe the physical, social and biological changes that people go through with the passage of time that renders them less viable for activities requiring a great deal of physical strength. For our purposes, CSC defines offenders aged 50 years and over as the "aging offender" population due to factors related to the determinants of health, including for example, smoking, poor nutrition, lack of health care and lower socio-economic status.

**Ross Toller, commissaire adjoint, Opérations et programmes correctionnels, Service correctionnel du Canada :** Je vous remercie de nous donner l'occasion de prendre la parole devant vous aujourd'hui. Je suis commissaire adjoint aux Opérations et programmes correctionnels pour le Service correctionnel du Canada. Je suis accompagné de Leslie MacLean, commissaire adjointe aux Services de santé. Nous sommes ici aujourd'hui pour vous parler de la façon dont le Service correctionnel du Canada gère les délinquants âgés. C'est avec plaisir que nous répondrons à vos questions et que nous écouterons vos observations après notre exposé.

Aux termes de la Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition, le SCC est responsable de la prise en charge et de la garde des délinquants qui purgent des peines de deux ans ou plus. Pour ce faire, il doit leur offrir des programmes qui contribuent à leur réadaptation et à leur réinsertion sociale, les préparer à leur mise en liberté dans la collectivité et les surveiller pendant qu'ils sont en liberté sous condition, en liberté d'office ou assujettis à une ordonnance de surveillance de longue durée, la protection de la société étant le critère prépondérant dans le processus correctionnel.

Nos politiques, pratiques et programmes correctionnels respectent les différences ethniques, culturelles et linguistiques ainsi que les différences entre les sexes; ils tiennent compte des besoins spéciaux des délinquantes et des délinquants autochtones et de ceux d'autres groupes de délinquants, y compris les délinquants âgés. Pour répondre à ces besoins, le SCC élabore et met en œuvre des interventions et des plans correctionnels individuels, qui sont évalués en permanence tout au long de la peine du délinquant.

Le SCC est en opération 24 heures par jour, 7 jours par semaine, 365 jours par année. Le service supervise une population de 21 617 délinquants, soit environ 13 170 délinquants en établissement et 8 447 délinquants dans la collectivité. Le service correctionnel fédéral gère 58 établissements, 16 centres correctionnels communautaires et 71 bureaux de libération conditionnelle à la grandeur du Canada et il emploie environ 14 500 personnes, avec un budget d'un peu moins de 2 milliards de dollars.

Il y a, et il continue d'y avoir, un débat entre les chercheurs. Je suis sûr que vous avez entendu parler des différents points de vue des biologistes et des épidémiologistes sur l'âge auquel une personne doit être considérée comme âgée ou vieillissante. Toutefois, l'expression « délinquant âgé » s'applique aux délinquants âgés de 50 à 64 ans et celle de « délinquant plus âgé » aux délinquants âgés de 65 ans et plus. Ces expressions décrivent les différents changements physiques, sociaux et biologiques que subit une personne avec le passage du temps et qui la rend moins apte à faire des activités qui nécessitent beaucoup de force physique. Pour ses besoins, le SCC considère les délinquants de 50 ans et plus comme des « délinquants âgés » en raison de facteurs liés aux déterminants de la santé, comme le tabagisme, la mauvaise alimentation, le manque de soins de santé et un faible statut socioéconomique.

For correctional purposes, there are three distinct differentiations of older offenders: there are those incarcerated while young who grow old in prison; there are those multiple- or serial- incarceration offenders who have made a criminal career part of their lifestyle; and there are older offenders that are serving their first incarceration later in life.

Three factors contribute to the aging offender profile. The average age of new admissions has been increasing. From 2006-07, 10 per cent of new warrant of committal admissions are aging offenders, up from an average of 8 per cent over the last seven years. The accumulation effect of older offenders who have been serving longer sentences — as in life — where the average age of offenders serving life sentences was 44 years of age in April 1998 compared to 48 years of age in April 2007. The average age of readmissions has also been increasing. The average age of revocation was 32 years-old in April 1998 compared to 34 years in April 2007.

As mentioned, over the last 10 years, the average age of the federal offender population has been increasing. For men, it has risen from 37.2 years of age in 1997 to 39.4 years of age in 2006-07. For women, it has risen from 36.9 years of age in 1997-98 to 37.6 years in 2006-07.

On average, the non-Aboriginal offender is older than the Aboriginal offender population. The average age of Aboriginal offenders rose from 33.7 years of age in 1997-98 to 35.7 years in 2006-07. For non-Aboriginal offenders, it rose from 37.8 years of age in 1997-98 to 40.1 years in 2006-07.

Federal offenders aged 50 years and over comprise 20 per cent of the federal population with a total of 4,339 offenders. That is 2,068 or 16 per cent of our prison population and 2,271 or 27 per cent of the community supervision population.

Over the last 10 years, the number of federal inmates 50 years and older has increased by a total of 539 offenders. In the same period, the number of federal offenders 50 years and older under community supervision has increased by 729 offenders.

In general, we are dealing with a different type of older inmate compared with 10 years ago. Close to 80 per cent have a previous criminal history, either adult or youth. There are some increases in mental health problems. Fourteen per cent have current psychiatric diagnosis on admission. Half have reached the age of 50 while serving their current federal sentence. Half were admitted at the age of 50 or above. Forty-six per cent of this group are serving a life sentence and 13 per cent are serving 10 years or more.

Pour les besoins correctionnels, il existe trois catégories distinctes de délinquants âgés : les délinquants qui ont été incarcérés lorsqu'ils étaient jeunes et qui vieillissent en prison; les délinquants qui sont incarcérés à de multiples reprises et qui ont fait de leur carrière criminelle un mode de vie; les délinquants qui sont déjà âgés au moment où ils sont incarcérés pour la première fois.

Trois facteurs expliquent l'augmentation du nombre de délinquants âgés. L'âge moyen des délinquants nouvellement admis a augmenté. De 2006 à 2007, 10 p. 100 des nouvelles admissions découlant d'un mandat de dépôt étaient des délinquants âgés, ce qui est une hausse par rapport à une moyenne de 8 p. 100 au cours des sept dernières années. Il y a aussi l'effet cumulatif des délinquants âgés qui purgent des peines de longue durée — à perpétuité; ainsi, l'âge moyen des délinquants purgeant une peine d'emprisonnement à perpétuité était de 44 ans en avril 1998, comparativement à 48 ans, en avril 2007. L'âge moyen des délinquants qui sont réincarcérés a aussi augmenté. En avril 1998, l'âge moyen des délinquants dont la mise en liberté avait été révoquée était de 32 ans, comparativement à 34 ans en avril 2007.

Comme je l'ai dit, au cours des dix dernières années, l'âge moyen des délinquants sous responsabilité fédérale a augmenté. Pour les hommes, il est passé de 37,2 ans en 1997 à 39,4 ans en 2006-2007. Pour les femmes, il est passé de 36,9 ans en 1997-1998 à 37,6 ans en 2006-2007.

En moyenne, les délinquants non autochtones sont plus âgés que les délinquants autochtones. L'âge moyen des délinquants autochtones est passé de 33,7 ans en 1997-1998 à 35,7 ans en 2006-2007 et celui des délinquants non autochtones, de 37,8 ans en 1997-1998 à 40,1 ans en 2006-2007.

Les délinquants sous responsabilité fédérale âgés de 50 ans et plus représentent 20 p. 100 de la population fédérale, ce qui correspond à 4 339 délinquants, c'est-à-dire 2 068 délinquants en établissement ou 16 p. 100 de la population carcérale et 2 271 délinquants dans la collectivité ou 27 p. 100 de la population sous surveillance dans la collectivité.

Ces dix dernières années, le nombre de détenus sous responsabilité fédérale de 50 ans et plus a augmenté de 539. Durant la même période, le nombre de délinquants sous responsabilité fédérale de 50 ans et plus sous surveillance dans la collectivité a augmenté de 729.

En général, les détenus âgés d'aujourd'hui sont différents des détenus âgés d'il y a dix ans. Près de 80 p. 100 d'entre eux ont des antécédents criminels, à titre d'adultes ou de jeunes contrevenants. Ils sont plus nombreux à avoir des problèmes de santé mentale. Au moment de leur admission, 14 p. 100 ont déjà des troubles psychiatriques diagnostiqués. La moitié d'entre eux ont atteint l'âge de 50 ans pendant qu'ils purgeaient leur peine actuelle et la moitié d'entre eux ont été admis alors qu'ils étaient déjà âgés de 50 ans et plus. De plus, 46 p. 100 d'entre eux purgent une peine d'emprisonnement à perpétuité et 13 p. 100, une peine de dix ans et plus.

Their offence categories range from 43 per cent homicide to 32 per cent sex offences, robbery and drug offences. Some of these may have overlap.

When we look at older types of populations, our considerations must and do range from adjustment to imprisonment, programming, prison environment, infrastructure, peer relationships, family relationships, parole concerns and medical care services including mental health.

When an inmate is admitted to the federal system, the individual undergoes a case management process consisting of four phases. In the intake assessment phase, the offender undergoes a systematic and comprehensive process to determine security risk and needs, as well as an initial placement to an institution at the appropriate security level. Upon reaching the penitentiary, the individual undergoes an evaluation to determine the factors that may have led to the criminal behaviour for which he or she has been sentenced. The offender intake assessment process, including those who are aging, results in a multidisciplinary correctional plan for treatment and intervention throughout the sentence.

Age is considered for the following to assure security within the institution: the penitentiary placement; program and employment requirements as outlined in each inmate's correctional plan; inmate counts and security patrols, though exemptions are made for inmates who have medical conditions or an identified physical limitation which excludes them from a stand-to-count requirement; and personal property of inmates. Exemptions can also be made by the institutional head for offenders on a case-by-case basis.

In addition to the intervention phase, we utilize step stools to facilitate entry to and exit from escort vehicles. Correctional Service Canada institutions have cells engineered to accommodate wheelchair entry, as well as plumbing fixtures that accommodate inmates with physical disabilities. Institutions also have cells designed to accommodate oxygen bottles and respirator equipment. Living units, programs, employment and other areas are wheelchair-accessible, utilizing ramps and, where required, lifts. Government budget allocated \$1 million so that by the end of this fiscal year all federal institutions will be equipped with defibrillators.

A broad range of correctional programs varying in intensities are available to match offenders' needs. CSC offers reintegration programs for every offender, including those who are aging, mainly in the areas of education employment, job readiness, living skills, mental health, substance abuse prevention, sexual

Pour ce qui est des catégories d'infractions, 43 p. 100 ont commis des homicides et 32 p. 100, des infractions sexuelles, des vols qualifiés et des infractions en matière de drogue. Certains délinquants peuvent se trouver dans plus d'une catégorie.

Dans le cas des délinquants âgés, nous devons tenir compte des éléments suivants : l'adaptation au milieu carcéral, les programmes, l'infrastructure du milieu carcéral, les relations avec les pairs, les relations familiales, les préoccupations concernant la mise en liberté sous condition et les services médicaux, y compris les soins de santé mentale.

Quand un délinquant est admis dans un établissement correctionnel fédéral, il fait l'objet d'un processus de gestion des cas qui comporte quatre étapes. À l'étape d'évaluation initiale, un délinquant fait l'objet d'un processus systématique et complet pour déterminer le niveau de risque et les besoins en sécurité et pour assurer son placement initial dans un établissement au niveau de sécurité approprié. Une fois arrivé dans l'établissement, le délinquant subit une évaluation visant à déterminer les facteurs qui auraient pu l'inciter à commettre l'acte criminel pour lequel il a été condamné. Le processus d'évaluation initiale auquel sont soumis tous les délinquants, y compris les délinquants âgés, permet d'élaborer un plan correctionnel multidisciplinaire de traitement et d'intervention, qui sera mis en œuvre tout au long de leur peine.

On tient compte de l'âge dans le contexte de la sécurité de l'établissement pour les éléments suivants : le placement pénitentiaire; les besoins en matière de programmes et d'emploi, qui sont décrits dans le plan correctionnel du détenu; le dénombrement des détenus et les patrouilles de sécurité, même s'il existe des exemptions pour les détenus qui, pour des raisons médicales ou à cause de limitations physiques, ne peuvent pas se mettre debout pour le dénombrement; et les effets personnels des détenus. Le responsable de l'établissement peut aussi faire des exceptions, au cas par cas.

En plus de l'étape d'intervention, nous utilisons des marchepieds pour aider les détenus à monter dans les véhicules d'escorte et à en descendre. Les établissements du Service correctionnel du Canada sont dotés de cellules conçues pour permettre l'accès aux fauteuils roulants et d'appareils sanitaires destinés aux détenus ayant des déficiences physiques. Les établissements sont aussi dotés de cellules permettant l'utilisation en toute sécurité de bouteilles d'oxygène et de respirateurs. Les unités résidentielles, les aires de programmes et de travail ainsi que d'autres zones des établissements sont accessibles en fauteuil roulant grâce à des rampes d'accès et à des appareils de levage, au besoin. Le gouvernement a débloqué 1 million de dollars pour permettre à tous les établissements fédéraux de se doter de défibrillateurs d'ici la fin du présent exercice.

Une vaste gamme de programmes correctionnels, d'intensité variée, sont offerts pour répondre aux besoins des délinquants. Le SCC offre des programmes de réinsertion sociale à tous les délinquants, y compris les délinquants âgés, dans les domaines de l'éducation et de l'emploi, de la préparation à l'emploi, des

offending prevention, violence prevention and family violence prevention. These have been demonstrated as effective in reducing reoffending. Individual counselling is also offered.

The offender's progress in meeting the requirements of the correctional plan is monitored continually and is of primary consideration in any decision related to the offender. The variety of contemporary health issues requiring appropriate pastoral services includes inmates requiring geriatric and palliative care and persons with chronic illnesses such as hepatitis C, AIDS or cross-addiction to drugs.

The case preparation and release phase includes programming to meet specific needs of aging offenders and providing opportunities to demonstrate progress through transfers to reduced security or conditional release, including temporary absences, work release, parole or statutory release. In any correctional or conditional release decision, the protection of society and safety of the community are the paramount considerations. Release suitability and risk of reoffending are assessed and a strategy to facilitate the offender's transition to the community is developed.

The community supervision phase is the final step. Supervision is carried out by CSC parole officers or contracted agency staff. It is a dynamic process that involves measures of both support and control, working directly with the offender as well as with many resources in the community. All offenders on conditional release are supervised no matter where they reside. The degree of supervision depends on the offender's needs and risks. Parole officers rely on an array of information sources including police, families, professionals and program staff to verify the individual's progress and to develop the appropriate plan of supervision. Parole officers are able to help the offender solve problems and take necessary action when risk is increased. Referrals are made to community services for aging offenders, if necessary.

Programming is required to address criminogenic factors. Therefore, CSC supports all efforts at reducing the disabling effects of aging in order to maximize each inmate's ability to effectively participate in correctional programs. If the aging offender is unable to participate in a program assignment for reasons beyond his or her control, the offender is eligible to a daily allowance of \$2.50. Furthermore, under exceptional

compétences psychosociales, de la santé mentale, de la prévention de la toxicomanie, de la prévention des infractions sexuelles, de la prévention de la violence et de la prévention de la violence familiale. Il est prouvé que ces programmes permettent de réduire la récidive. Des séances de counseling individuelles sont aussi offertes.

Les progrès accomplis par le délinquant par rapport aux exigences de son plan correctionnel font l'objet d'une surveillance constante et ils constituent un facteur primordial dans toutes les décisions prises à son sujet. Parmi les problèmes de santé contemporains qui nécessitent des services de pastorale appropriés, on compte les détenus qui ont besoin de soins gériatriques et palliatifs ainsi que ceux qui sont atteints de maladies chroniques, comme l'hépatite C et le sida, ou qui ont des dépendances multiples aux drogues.

L'étape de préparation de cas et de mise en liberté comprend des programmes permettant de répondre aux besoins particuliers des délinquants âgés et des occasions de prouver qu'ils ont fait des progrès leur permettant d'être transférés dans un établissement de niveau de sécurité inférieur ou de bénéficier d'une mise en liberté sous condition, y compris les permissions de sortir, les placements à l'extérieur, la libération conditionnelle ou la libération d'office. La protection de la société et la sécurité de la collectivité sont les critères prépondérants dans toute décision touchant le processus correctionnel ou la mise en liberté sous condition. On évalue la pertinence de la mise en liberté et le risque de récidive et on élabore une stratégie visant à faciliter la transition du délinquant dans la collectivité.

La dernière étape est celle de la surveillance dans la collectivité. La surveillance est assurée par des agents de libération conditionnelle du SCC ou les membres du personnel d'un organisme avec lequel le SCC a conclu un contrat. Il s'agit d'un processus dynamique qui comporte des mesures de soutien et de contrôle, une collaboration directe avec le délinquant et le recours à de nombreuses ressources dans la collectivité. Tous les délinquants libérés sous condition sont placés sous surveillance, quel que soit l'endroit où ils habitent. Le degré de surveillance dépend des besoins du délinquant et du risque qu'il présente pour la collectivité. Les agents de libération conditionnelle comptent sur diverses sources d'information, y compris la police, la famille, les professionnels et les agents de programmes, pour vérifier les progrès accomplis par le délinquant et élaborer un plan de surveillance approprié. Ils sont en mesure d'aider le délinquant à résoudre ses problèmes et à prendre les mesures nécessaires si le risque qu'il présente augmente. Les délinquants âgés sont orientés vers des services communautaires en cas de besoin.

Les délinquants doivent suivre des programmes pour traiter leurs facteurs criminogènes. Le SCC s'efforce par conséquent de réduire les effets invalidants du vieillissement afin de maximiser la capacité de tous les délinquants à participer utilement à des programmes correctionnels. Si un délinquant âgé est incapable, pour des raisons indépendantes de sa volonté, de participer à un programme vers lequel il a été dirigé, il a droit à une indemnité

circumstances, institutional heads may authorize pay for inmates at levels for which they would not otherwise be eligible.

Section 121 of the Corrections and Conditional Release Act allows parole by exception to be granted at any time to an offender who is terminally ill, whose physical and mental health is likely to suffer serious damage if the offender continues to be held in confinement, for whom continued confinement would constitute an excessive hardship that was not reasonably foreseeable at the time the offender was sentenced, or who was the subject of an order of surrender under the Extradition Act and who is to be detained until surrendered.

This parole by exception does not apply to an offender who is serving a life sentence imposed as a minimum punishment, commuted from a sentence of death or serving a penitentiary sentence for an indeterminate period. For this particular group of offenders, CSC considers alternative practices such as increased visits, telephone calls, et cetera.

[*Translation*]

**Leslie MacLean, Assistant Commissioner, Health Services, Correctional Service of Canada:** Madam Chair, I am going to speak about our needs and our health care challenges for aging offenders.

[*English*]

We have a legal obligation at the CSC to provide inmates with essential health care. We have the same challenges as other Canadian communities in terms of sustainability, outcomes and health/human resource professionals.

[*Translation*]

But I am also going to tell you a little about what is unique in our context. Inmate health care costs are much higher than for the average Canadian due to high-risk lifestyles, substance abuse, high rates of infectious diseases and mental health disorders. In our unique context, the lack of economies of scale is also a challenge.

At the moment, there are three types of health care settings in CSC. Each institution has a small ambulatory health care centre. There are also regional hospitals and five regional psychiatric treatment centres. Unlike Canadian communities, nursing staff are the main deliverers of primary health care in all facilities. CSC employs approximately 750 nurses, as well as other health professionals. For this fiscal year, its health services budget is approximately \$155 million.

quotidienne de 2,50 \$ par jour. Par ailleurs, dans des circonstances exceptionnelles, le responsable de l'établissement peut autoriser la rémunération d'un détenu à un niveau auquel il ne serait autrement pas admissible.

L'article 121 de la Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition permet d'accorder, en tout temps, une libération conditionnelle à titre exceptionnel à un délinquant s'il est malade en phase terminale, si sa santé physique ou mentale risque d'être gravement compromise si la détention se poursuit, si l'incarcération constitue pour lui une contrainte excessive difficilement prévisible au moment de sa condamnation ou s'il fait l'objet d'un arrêté d'extradition pris aux termes de la Loi sur l'extradition et est incarcéré jusqu'à son extradition.

La libération conditionnelle accordée à titre exceptionnel ne s'applique pas aux délinquants qui purgent une peine d'emprisonnement à perpétuité infligée comme peine minimale ou une peine de mort commuée en emprisonnement à perpétuité ou encore une peine de détention dans un pénitencier pour une période indéterminée. Pour ce groupe de délinquants en particulier, le SCC considère d'autres pratiques internes telles que des visites supplémentaires, plus d'appels téléphoniques, et cetera.

[*Français*]

**Leslie MacLean, commissaire adjointe, Services de santé, Service correctionnel du Canada :** Madame la présidente, je vous parlerai de nos besoins et de nos défis de santé pour les détenus vieillissants.

[*Traduction*]

Nous sommes tenus par la loi de fournir aux détenus les soins de santé essentiels dont ils ont besoin. Nous faisons face aux mêmes difficultés que de nombreuses collectivités canadiennes pour ce qui est du maintien de la qualité, des résultats et des professionnels de la santé et des ressources humaines.

[*Français*]

Mais aussi, je vous parlerai un peu de ce qui est unique à notre contexte. Les coûts de soins de santé aux détenus sont beaucoup plus élevés que ceux des soins dont a besoin le Canadien moyen, car les délinquants ont un mode de vie à risques élevés, des problèmes de toxicomanie, des taux élevés de maladies infectieuses et des problèmes de santé mentale. Évidemment, à l'intérieur du contexte unique qui est le nôtre, nous avons également des défis d'économies d'échelle.

En ce moment, il existe trois types de centres de santé au service correctionnel. À l'intérieur de chaque établissement, on a de petits centres de soins ambulatoires; on a aussi des hôpitaux régionaux et également cinq centres de traitement psychiatrique au niveau régional. Contrairement à ce qui se passe dans les collectivités canadiennes, ce sont les infirmiers qui fournissent les services de santé en première ligne dans nos établissements. Le service emploie environ 750 infirmiers et infirmières, ainsi que d'autres professionnels de la santé. Pour cette année financière, notre budget pour les services de santé est de l'ordre de 155 millions.

[English]

I will talk further about unique inmate health needs. Many of you might know that federal offenders have a higher prevalence of HIV/AIDS, hepatitis C and fetal alcohol spectrum disorder. The proportion of offenders who have abused alcohol or drugs prior to their admission is also increasing and we have an increasing proportion with serious mental health disorders. Smoking rates are more than twice that of the Canadian population, and suicide rates, I regret to say, are also three times higher than that of the general Canadian population.

There are a number of chronic diseases that present disproportionately in the inmate population. For example, diabetes, cardiovascular disease and asthma exceed the rates of the Canadian population. Medication rates are also higher.

We notice more of our inmates are using mechanical aids to help them with mobility or daily activities of living. This is also interesting: All of the offenders in our institutions have higher than average utilization rates of health services. As a result, perhaps we do not see the dramatic escalation that is sometimes seen with aging; our offenders are already accessing health services at a high rate.

As Mr. Toller mentioned, when we look at the demographics of Canada, 16 per cent of the population within the correctional services is now over 50 years of age. There are, due to determinants of health, lifestyle or other risk factors, many common health needs regardless of the age of the inmate. We are seeing that both treatment and intensity of care increases with age.

A real challenge for us is to deliver adequate health care within the resources we have with appropriate health professionals. A couple of initiatives that may be of interest to you in regard to aging offenders, or just offenders in general, are mental health related. This is one of our top priorities. In 2007, one in eight male offenders — a 61 per cent increase in 10 years — and one in four female offenders coming into our system was diagnosed as having a mental disorder. As part of our strategy, we are working to lay a foundation for a continuum of mental health services from intake to parole. Our purpose is to respond to the most pressing needs for assessment for primary services, and to train both our security and health staff in issues of mental health needs.

[Traduction]

Je vais vous parler davantage des besoins uniques des délinquants en matière de santé. Bon nombre d'entre vous savent que les délinquants sous responsabilité fédérale affichent une prévalence élevée de VIH/sida, d'hépatite C et de troubles causés par l'alcoolisation fœtale. La proportion de délinquants qui ont consommé de l'alcool ou de la drogue de façon abusive avant leur admission est en hausse et une proportion croissante de délinquants ont de graves problèmes de santé mentale. Le taux de tabagisme est plus de deux fois plus élevé chez les délinquants que chez les membres de la population canadienne générale et le taux de suicide, je regrette de le dire, est également de trois fois plus élevé.

Il y a un certain nombre de maladies chroniques dont l'occurrence est disproportionnellement élevée chez les délinquants. Par exemple, les cas de diabète, d'affections cardiovasculaires et d'asthme dépassent les taux enregistrés dans la population canadienne générale. La consommation de médicaments est également plus importante.

Nous remarquons qu'un plus grand nombre de nos détenus utilisent des aides mécaniques pour se déplacer ou vaquer à des activités quotidiennes. Autre point intéressant, tous les délinquants dans nos établissements affichent des taux d'utilisation de services de santé supérieurs à la moyenne. Par conséquent, nous n'observons peut-être pas l'augmentation marquée qui est parfois associée au vieillissement; les délinquants affichent déjà un taux élevé d'accès aux soins de santé.

Comme M. Toller l'a signalé, lorsque nous regardons les caractéristiques démographiques du Canada, nous constatons que 16 p. 100 des détenus sont maintenant âgés de plus de 50 ans. En raison des déterminants de la santé, du mode de vie ou d'autres facteurs de risque, un grand nombre de besoins en matière de santé sont pratiquement les mêmes, peu importe l'âge du détenu. Nous observons que le traitement et l'intensité des soins augmentent avec l'âge.

Un véritable défi pour nous, c'est de fournir des services de santé adéquats en fonction des ressources dont nous disposons, avec l'aide de professionnels de la santé appropriés. Parmi les quelques initiatives qui pourraient vous intéresser en ce qui concerne les délinquants âgés, ou les délinquants en général, on compte celles liées à la santé mentale. C'est l'une de nos priorités. En 2007, un délinquant sur huit — soit une hausse de 61 p. 100 en dix ans — et une délinquante sur quatre incarcérés dans notre système ont été diagnostiqués comme ayant un trouble mental. Dans le cadre de notre stratégie, nous travaillons à poser les bases requises pour fournir aux délinquants un continuum de soins en santé mentale, depuis leur admission jusqu'à leur mise en liberté sous condition. Notre but est de répondre aux besoins les plus urgents en matière de services d'évaluation et de traitement et d'offrir une formation en santé mentale au personnel de sécurité et de santé.

The proportion of offenders who have abused alcohol and/or drugs is increasing. Our current approach includes keeping drugs out of the institutions and ensuring we support inmates in the institutions through assessment, education, harm reduction and treatment.

We have a number of public health initiatives: access to bleach; clean ranges; harm reduction awareness training, including peer education; and a methadone maintenance program for people who come into the system with serious addictions. We are currently working on a harm reduction strategy based on advice we have received from our independent health care advisory committee, as well as the work that the federal HIV/AIDS strategy supports.

In meeting the health needs of aging inmates, the key for us is the individual health assessment when the inmate enters our system. We have a special assessment tool for those aged 50 and older, or for people who have difficulty with daily living activities. We have palliative care guidelines that we have had in place for several years, which include a multidisciplinary approach. We provide training and support to inmates, as appropriate, so they can work as peer assistants to help other inmates.

We have ongoing issues of mobility. Many of our institutions are quite elderly themselves. We are constantly working, as we retrofit and build new institutions, to comply with accommodation standards. We have a couple of projects under way to look at loss of autonomy and what that means for us in terms of accommodation, health and other health needs. As for new training, next fiscal year we will be providing additional training to our nurses in a number of areas, including geriatrics.

Finally, in terms of the considerations on our plate in managing aging offenders, clearly, as Canada adjusts to the demographics of our current population, our prison population is also adapting. We have to use our resources well to respond to those pressures.

We recognize that we need to be working in an interjurisdictional way. Identifying and managing aging offenders is not something that is unique to CSC. People come from the community and they go back to it. We recognize that many of the levers of change are in areas that affect determinants of health or risk behaviour, such as education, welfare, provincial/territorial health services and, of course, in the communities themselves in terms of support to individuals.

In moving forward, we will continue working with our federal and provincial partners, looking as well at how we can link health and criminal justice information. We will continue to build on

La proportion de délinquants qui ont consommé de l'alcool ou de la drogue de façon abusive est en hausse. Notre approche actuelle comprend des mesures pour empêcher l'introduction de drogues dans les établissements et pour nous assurer que nous appuyons les détenus par l'évaluation, l'éducation, la réduction des méfaits et le traitement.

Nous avons mis en œuvre plusieurs initiatives de santé publique : l'accès à l'eau de Javel; des unités sans drogue; une formation sur la réduction des méfaits, y compris une éducation par des pairs; et un programme de traitement d'entretien à la méthadone pour les délinquants qui sont entrés dans le système avec de sérieux problèmes de toxicomanie. Nous sommes en train d'élaborer une stratégie de réduction des méfaits fondée sur les conseils de notre comité consultatif des soins de santé ainsi que les travaux dans le cadre de la Stratégie fédérale de lutte contre le VIH/sida.

Pour répondre aux besoins des détenus âgés, la clé se trouve dans l'évaluation de la santé d'un délinquant lorsqu'il entre dans notre système. Nous avons mis en place un outil d'évaluation spécial pour les détenus de 50 ans et plus et pour ceux qui ont du mal à vaquer à des activités quotidiennes. Nous disposons aussi, depuis plusieurs années, de lignes directrices sur les soins palliatifs, qui comprennent une approche multidisciplinaire. Au besoin, les détenus reçoivent une formation et un soutien pour qu'ils puissent aider d'autres détenus.

Nous avons des problèmes continus en matière de mobilité. Bon nombre de nos établissements sont, eux-mêmes, assez vieux. Lors de la construction de nouveaux bâtiments ou de la rénovation de bâtiments existants, nous travaillons constamment à nous conformer aux normes de logement. Quelques projets sont en cours pour évaluer la perte d'autonomie et ce que cela signifie pour nous en matière de logement, de santé et d'autres besoins en santé. En ce qui a trait à la nouvelle formation, nous offrons, durant le prochain exercice financier, une formation supplémentaire à nos infirmières dans un certain nombre de domaines, y compris la gériatrie.

Enfin, pour ce qui est de la gestion des délinquants âgés, de toute évidence, à mesure que le Canada s'adapte aux changements démographiques de la population actuelle, il en va de même pour notre population carcérale. Nous devons bien utiliser nos ressources pour faire face à ces pressions.

Nous reconnaissons la nécessité de travailler avec toutes les instances. Identifier et gérer les délinquants âgés n'est pas le lot du SCC seulement. Les personnes viennent de la collectivité et y retournent. Nous reconnaissons que bon nombre des leviers du changement se situent dans des domaines qui influent sur les déterminants de la santé ou les comportements à risque, comme l'éducation, le bien-être social, les services de la santé au palier provincial-territorial et, bien sûr, dans les collectivités elles-mêmes pour ce qui est du soutien aux individus.

Pour l'avenir, nous continuerons de collaborer avec nos partenaires fédéraux et provinciaux, tout en examinant les moyens de lier l'information du système de soins de santé et

best practices so we can adjust our services as required to best meet health, accommodation and security needs of older offenders.

**Howard Sapers, Correctional Investigator, Office of the Correctional Investigator:** Good afternoon and thank you very much for the opportunity to meet with you on this topic. As correctional investigator for Canada, my job is to be independent ombudsman for federal offenders. It is also my role to review and make recommendations on the policies and procedures of the Correctional Service of Canada, to ensure that these areas of concern are identified and appropriately addressed.

My mandate expresses some important elements of the Canadian criminal justice system. The Office of the Correctional Investigator reflects Canadian values of respect for the law, for human rights and the public expectation that correctional staff and managers are accountable for the administration of law and policy. Good corrections, after all, equal public safety.

Today I am here to discuss my office's concerns with regard to older offenders. Older offenders have been historically defined by the correctional service as those 50 years old and older because the aging process is accelerated by the experience of incarceration. This is due mainly to factors including socio-economic status, accelerated medical care needs and the difficult lifestyle that many offenders had prior to incarceration.

The percentage of older offenders among the inmate population is about 16 per cent, or approximately 2,200 federal inmates, almost 300 of whom are over 65 years of age. The steady increase in the number of older offenders incarcerated in federal corrections is not a new issue. CSC became increasingly aware of the rise in the number of older offenders about 10 years ago. At that time, the Correctional Service of Canada recognized that its capacity to address the needs of older offenders was deficient and that if no action were taken, the problem would get worse as it was anticipated that the number of older offenders was going to continue to increase. That is what happened.

In November 1999, the CSC took decisive action and established a new division. They called it the "older offender division," with the mandate to "elaborate a sound correctional strategy adapted to the needs of older offenders." The Office of the Correctional Investigator supported the correctional service at that time for its proactive steps to address an emerging problem, and was involved in the consultation with it.

CSC elaborated a comprehensive strategy that dealt with the key needs of older offenders. These included: constitutional accommodation planning; community corrections, including supervision and release programs; health care and mental

celle du système de justice pénale. Nous continuerons de miser sur les pratiques exemplaires pour pouvoir adapter, s'il y a lieu, nos services, de façon à répondre le mieux aux besoins des délinquants âgés en matière de santé, de logement et de sécurité.

**Howard Sapers, enquêteur correctionnel, Bureau de l'Enquêteur correctionnel :** Bonjour et merci beaucoup de me donner l'occasion de vous parler de ce sujet. En tant qu'enquêteur correctionnel, mon rôle consiste à agir à titre de protecteur indépendant des délinquants sous responsabilité fédérale. Il m'incombe aussi d'examiner les politiques et les procédures du Service correctionnel du Canada, de formuler des recommandations à ce sujet et de veiller à ce que les sources de préoccupation soient repérées et traitées correctement.

Mon mandat illustre des éléments importants du système de justice pénale du Canada. Le Bureau de l'Enquêteur correctionnel reflète les valeurs des Canadiens en matière de respect de la loi et des droits de la personne, ainsi que leurs attentes à l'égard des employés et des cadres supérieurs du Service correctionnel, lesquels sont responsables de l'application de la loi et des politiques en leur nom. Après tout, des services correctionnels efficaces favorisent la sécurité publique.

Je suis ici aujourd'hui pour faire état de mes préoccupations au sujet des délinquants âgés. Le Service correctionnel a traditionnellement défini les délinquants âgés comme étant ceux de 50 ans et plus, parce que le processus du vieillissement est accéléré en milieu correctionnel en raison de facteurs tels que le statut socioéconomique, les besoins accélérés en soins médicaux et le mode de vie difficile que bon nombre des délinquants avaient avant leur incarcération.

Les délinquants âgés représentent environ 16 p. 100 de la population carcérale, soit quelque 2 200 détenus sous responsabilité fédérale, parmi lesquels environ 300 sont âgés de plus de 65 ans. L'augmentation constante du nombre de délinquants âgés incarcérés dans les établissements fédéraux n'est pas un phénomène nouveau. Le SCC a commencé à s'intéresser de plus en plus à la hausse du nombre de délinquants âgés il y a une dizaine d'années environ. À cette époque, il a admis que sa capacité de répondre aux besoins des délinquants âgés était déficiente et que si aucune mesure corrective n'était prise, le problème s'aggraverait, car on prévoyait que le nombre de délinquants âgés continuerait d'augmenter. C'est ce qui s'est produit.

En novembre 1999, le SCC a pris une mesure décisive en créant la nouvelle « Division des services aux délinquants âgés », dont le mandat consistait à « élaborer une stratégie correctionnelle adaptée aux besoins des délinquants âgés ». À cette époque, le Bureau de l'Enquêteur correctionnel a soutenu le Service correctionnel dans ses mesures proactives destinées à traiter un problème nouveau et il a participé à la consultation avec le Service correctionnel.

Le SCC a établi une vaste stratégie portant sur les principaux besoins des délinquants âgés, notamment : la planification du logement dans les établissements; les services correctionnels communautaires, y compris la surveillance et les programmes

health, including palliative care; staffing and training to address elderly offender needs; and assessment, case management and release planning.

In the 2000-01 annual report of my office, we characterized the CSC's report on elderly offenders as "a landmark document which, if its recommendations are implemented, will go far in addressing the problems of this group." At that time, the correctional service committed to address issues associated with accommodations, palliative care, reintegration options and program development. Unfortunately, shortly after the release of this report, CSC moved away from implementing its numerous recommendations.

Initially, a shift of priorities was cited as the reason for not moving forward, but it later became clear that a lack of resources was also part of the difficulty. The CSC began to distance itself from its report and adopted an approach of providing individualized health care and programming based on an assessment of each inmate's needs, regardless of age.

In March 2004, the *Canadian Journal of Public Health* published *A Health Care Needs Assessment of Federal Inmates in Canada*. It noted that there had been a 60 per cent increase in the number of inmates aged 50 and over, with an 87 per cent increase in those 65 years of age and over since 1993. The report urged that specific attention be paid to the health care needs of this growing segment of the inmate population.

The report described the psychosocial concerns with this population as follows: estrangement from, or lack of connection to, other inmates, given the relatively small percentage of older inmates; physical vulnerability to more serious consequences of assault; more difficulty adjusting to a new environment, and a greater length of time to do so; a higher rate of completed suicide, and a greater possibility of dying during incarceration; and a higher incidence of loss of external support systems — for example, spouse, family and friends.

The report went on to highlight a number of planning issues to be addressed, including: mainstreaming older inmates in the general inmate population; the physical plant design, specifically the distances between buildings, stairs, crowding and space for wheelchairs; programs and services, including dietary needs, and adaption of programming to physical, mental and social needs; and staff training, noting the different challenges compared to those concerning younger inmates.

offerts aux délinquants libérés; les soins de santé physique et mentale, y compris les soins palliatifs; la dotation et la formation du personnel afin de répondre aux besoins des délinquants âgés; et l'évaluation, la gestion des cas et la planification de la mise en liberté.

Dans son rapport annuel de 2000-2001, mon bureau a qualifié le rapport du SCC sur les délinquants âgés de document crucial qui, si ses recommandations étaient appliquées, permettrait, dans une large mesure, de résoudre les problèmes avec lesquels sont aux prises les délinquants âgés. À cette époque, le Service correctionnel s'est engagé à régler les problèmes liés au logement, aux soins palliatifs, aux options de réintégration et à l'élaboration de programmes. Malheureusement, peu après la publication de son rapport, le SCC s'est éloigné de la mise en œuvre de ses nombreuses recommandations.

À l'origine, on a parlé d'un « changement de priorités » pour justifier l'inaction; toutefois, il est apparu plus tard qu'un manque de ressources faisait aussi partie du problème. Le SCC a commencé à prendre ses distances à l'égard de son rapport et adopté une approche visant à fournir des programmes et des soins de santé individualisés, fondés sur une évaluation des besoins de chaque détenu, peu importe son âge.

En mars 2004, la *Revue canadienne de santé publique* a publié un rapport, intitulé *Évaluation des besoins en soins de santé des détenus sous responsabilité fédérale*, dans lequel on faisait remarquer que, depuis 1993, le nombre de détenus de 50 ans ou plus avait augmenté de 60 p. 100, alors que le nombre des 65 ans ou plus avait augmenté de 87 p. 100. Les auteurs de ce rapport exhortaient les autorités à accorder une attention particulière aux besoins en soins de santé de ce segment croissant de la population carcérale.

Ils décrivaient les problèmes psychosociaux de ce groupe comme étant les suivants : un isolement des autres détenus ou manque de rapports avec eux étant donné la proportion relativement petite de détenus âgés; une vulnérabilité physique à des répercussions plus graves d'un acte d'agression; plus de difficulté à s'adapter à un nouveau milieu et plus de temps requis pour faire cette adaptation; un taux de suicide plus élevé; une plus grande probabilité de mourir en prison; une incidence plus élevée de perte de soutiens dans la collectivité — par exemple, la conjointe ou le conjoint, les proches et les amis.

Les auteurs soulignaient un certain nombre de questions en matière de planification sur lesquelles il fallait se pencher, notamment : l'intégration des détenus âgés dans la population carcérale générale; l'aménagement physique des établissements, plus précisément les distances entre les bâtiments, les escaliers, le surpeuplement, l'espace pour fauteuils roulants; les programmes et services, y compris les besoins alimentaires des détenus âgés et l'adaptation des programmes à leurs contraintes physiques, mentales et sociales; et la formation du personnel, en notant que les défis ne sont pas les mêmes que chez les détenus plus jeunes.

Before I proceed with a more detailed account of the needs and challenges of older offenders, I would like to acknowledge some of the positive initiatives that have been implemented by the correctional service.

The Pacific Institution/ Regional Treatment Centre, has an excellent palliative care program. Inmates taking care of other inmates in need — both elderly and physically challenged — are called “peer care assistants.” They are assigned a specific inmate in need of assistance and they help this person throughout the entire day. This is considered a job, so they are paid. I understand that a majority of peer care assistants take this job seriously. They even sometimes call my office on their charges behalf.

To ensure a consistent approach to palliative care services within the correctional service, it is now a requirement to implement the palliative care guidelines when a terminal illness is diagnosed. These guidelines, as well as those related to discharge planning, are currently under review.

Some community residential facilities, CTRs, or halfway houses, have developed expertise in caring for elderly offenders. In spite of those initiatives, there continues to be no comprehensive plan focused on the needs of older offenders, and cases brought to the attention of our office do not suggest that sufficient progress has been made to respond to these growing needs. Let me provide you with a few examples to illustrate the types of situations that we are called upon to review.

Some older offenders are housed in medium and maximum security institutions even though they have serious mobility impairments or illnesses that would negate any public safety concerns. This restricts their access to a range of community supports and correctional programs. Many older offenders, some in their 70s and very sick or disabled have passed their parole eligibility dates, which raises the question as to why they have not been released into the community under some form of conditional release or parole. Recent CSC data show that more than 150 incarcerated offenders over the age of 65 are past their day-parole or full-parole eligibility dates.

Correctional Service of Canada continues its efforts to secure adequate and permanent funding to enhance its capacity to provide mental health services to the growing number of offenders with mental health issues; and we acknowledge that. The percentage of this group of offenders has doubled over the last 10 years. Older offenders with mental health issues and cognitive deficits are vulnerable, and the correctional service’s acknowledged lack of capacity to respond to their mental health needs continues to be of great concern for my office. Many

Avant de vous donner plus de détails sur les besoins et les défis des délinquants âgés, permettez-moi de souligner certaines initiatives positives mises en œuvre par le Service correctionnel.

L’Établissement du Pacifique/Centre régional de traitement a un excellent programme de soins palliatifs. Les détenus qui prennent soin d’autres détenus ayant des besoins particuliers — aussi bien des personnes âgées que des délinquants aux prises avec des difficultés physiques — sont des assistants en soins de santé auprès de leurs pairs. Jumelé à un détenu ayant besoin d’aide, l’assistant lui prête main-forte pendant toute la journée. Comme il s’agit d’un travail, les assistants touchent une rémunération. Je crois comprendre que la majorité des assistants en soins de santé auprès de leurs pairs prennent leur travail au sérieux — il leur arrive même d’appeler au Bureau de l’Enquêteur correctionnel pour eux.

Pour assurer une approche uniforme en matière de soins palliatifs au sein du Service correctionnel, il est maintenant obligatoire de se conformer aux lignes directrices sur les soins palliatifs lorsqu’une maladie terminale est diagnostiquée. Ces lignes directrices ainsi que celles liées à la planification des congés sont actuellement examinées.

Certains établissements résidentiels communautaires, CRT ou maisons de transition, ont acquis des compétences dans les soins à prodiguer aux délinquants âgés. Malgré toutes ces initiatives, il n’y a toujours pas de plan complet pour répondre aux besoins des délinquants âgés, et les cas portés à notre attention ces dernières années ne laissent pas entendre que des progrès suffisants ont été réalisés pour répondre à ces besoins croissants. Permettez-moi de vous présenter quelques exemples de situations sur lesquelles nous sommes appelés à nous pencher.

Certains délinquants âgés sont incarcérés dans des établissements à sécurité moyenne et maximale même s’ils ont des problèmes de mobilité ou une maladie tellement grave qu’ils ne présenteraient aucune menace pour la sécurité publique s’ils étaient placés dans un établissement à sécurité minimale. À cause de cette situation, ils ne peuvent avoir accès à l’éventail complet des soutiens communautaires et des programmes correctionnels. De nombreux délinquants âgés, dont certains sont septuagénaires et très malades ou lourdement handicapés, ont dépassé leur date d’admissibilité à la libération conditionnelle. On peut se demander pourquoi ils n’ont pas été mis en liberté sous condition dans la collectivité sous une forme ou une autre. Des données récentes du SCC révèlent que plus de 150 détenus âgés de plus de 65 ans ont dépassé leur date d’admissibilité à la semi-liberté ou à la libération conditionnelle totale.

Le Service correctionnel du Canada poursuit ses efforts en vue d’assurer un financement adéquat et permanent qui permettra d’améliorer sa capacité de fournir des services de santé mentale au nombre croissant de délinquants ayant des troubles psychiatriques. Nous le reconnaissons. Le pourcentage de délinquants de ce groupe a doublé ces dix dernières années. Les délinquants âgés ayant des problèmes de santé mentale et des déficits cognitifs sont vulnérables, et le fait que le Service correctionnel admet lui-même ne pas avoir assez de moyens

offenders with mental health problems end up in segregation for their own protection or are victimized by other offenders. The lack of or delay in accessing programs offered by the correctional service to its inmate population has become a major problem. There are long waiting lists resulting in programs not being provided until very late in an offender's sentence, often well beyond their parole eligibility date. Delayed program participation is directly linked to delayed conditional release. This can result in offenders being ill-prepared to return to the community and, when they are released, it is too often on statutory release with decreased length of supervision by a parole officer.

Few initiatives or accommodation options have been developed to address the physical needs of older offenders. Specific programming and accommodation alternatives are required. Some older offenders feel isolated. Some withdraw from healthy activities because of a lack of available opportunities. Many choose to stay in their cells because of fear of interacting with the rest of the inmate population or by necessity as the physical environment, programming, or work opportunities are not adequate to respond to their needs and limitations. Access to patient-centred chronic, long-term and palliative care in federal corrections is very limited, and additional resources are required. On occasion, my office has investigated cases involving significant delays in obtaining items critical to an offender's well-being and dignity, such as hearing aids, dentures and adult incontinence products. As well, special diets for older offenders are rarely provided.

Staff are insufficiently trained and ill-equipped to respond to the needs of older offenders, in particular those with significant mental health issues, serious mobility constraints and medical conditions. Additional awareness and sensitivity training for front line staff is needed and the correctional service must recruit staff with expertise and experience in the area of gerontology.

The inmate allowance system and work opportunities are not responsive to the unique situation of older offenders. Some older offenders are unable to work not only because of their own physical limitations but also because the limited work opportunities available in correctional institutions do not accommodate their special needs. Moreover, the institutional setting does not provide productive activities to make use of their time. Many of these offenders spend much of their day alone in their cells. Lack of paid work or program participation also results in limited access to essential canteen items available for purchase.

pour répondre à leurs besoins continue d'inquiéter grandement le Bureau de l'Enquêteur correctionnel. De nombreux délinquants aux prises avec des problèmes de santé mentale sont placés en isolement protecteur ou sont victimisés par d'autres délinquants. Le manque de programmes offerts par le Service correctionnel à la population carcérale et les retards dans leur mise en œuvre constituent un problème majeur. Les longues listes d'attente font en sorte que les programmes ne sont offerts que très tard au cours de la peine des délinquants, souvent même après leur date d'admissibilité à la libération conditionnelle. Les retards dans la participation aux programmes sont liés directement aux retards dans la mise en liberté sous condition. À cause de cela, il peut arriver que certains délinquants soient mal préparés à réintégrer la collectivité et que, lorsqu'ils sont mis en liberté, ils le soient trop souvent dans le cadre d'une libération d'office, qui fait l'objet d'une surveillance de moins longue durée par un agent de libération conditionnelle.

Peu d'initiatives et d'options en matière de logement ont été élaborées pour répondre aux besoins physiques des délinquants âgés. Il faut mettre en place des programmes précis et des mesures spéciales de logement. Certains délinquants âgés se sentent isolés ou ont cessé de participer à de saines activités en raison de l'absence de possibilités qui leur sont offertes. Bon nombre d'entre eux préfèrent rester dans leurs cellules par crainte des contacts avec le reste de la population carcérale ou par nécessité, car l'environnement physique, les programmes ou les possibilités de travail ne cadrent pas avec leurs besoins et avec leurs limites. Dans le système correctionnel fédéral, l'accès aux soins chroniques, palliatifs et de longue durée axés sur les patients est très restreint, et d'autres ressources sont nécessaires. Parfois, mon bureau enquête sur des cas concernant des retards importants dans l'obtention d'articles essentiels au bien-être et à la dignité de délinquants, comme les appareils auditifs, les prothèses dentaires et les produits d'incontinence pour adultes. En outre, des régimes alimentaires spéciaux sont rarement offerts aux délinquants âgés.

Les membres du personnel ne sont pas suffisamment formés et équipés pour répondre aux besoins des délinquants âgés, en particulier ceux aux prises avec de graves problèmes de santé mentale et de mobilité, ainsi qu'avec des troubles médicaux graves. Il faut offrir davantage de programmes de sensibilisation et de formation au personnel de première ligne, et le Service correctionnel doit recruter des employés ayant des compétences et de l'expérience en gérontologie.

Le système des indemnités et les possibilités de travail pour les détenus ne conviennent pas à la situation particulière des délinquants âgés. Certains d'entre eux ne peuvent pas travailler en raison de leur propres contraintes physiques, mais aussi parce que les occasions d'emploi limitées dans les établissements correctionnels ne répondent pas à leurs besoins spéciaux. De plus, le milieu carcéral n'offre pas aux délinquants âgés des activités productives qui les tiennent occupés. Un grand nombre de ces délinquants passent le plus clair de leur temps seuls dans leur cellule. Comme ils n'occupent pas d'emplois rémunérés et ne participent pas à des programmes, ces délinquants ont peu d'argent et donc peu accès aux articles essentiels qui sont vendus à la cantine.

Clearly, the need to do better is obvious. Lack of resources certainly appears to us as one of the significant barrier that the correctional service faces. The service must also ensure that available financial and human resources are allocated to meet these identified and legally required needs.

In conclusion, I would like to thank the Special Senate Committee on Aging for its interest in reviewing a lesser known reality for some aging Canadians — the challenges of aging with dignity in the federal correctional context. I would like to leave the committee with a few suggestions.

In 2000, a parliamentary subcommittee recommended amending the Corrections and Conditional Release Act, CCRA by adding offenders who are young, elderly or who have serious health problems to the list of offender groups with special needs. Should the CCRA come before this committee for review, I would suggest such an amendment. The subcommittee also recommended that the CCRA be amended to make offenders serving life sentences or indeterminate sentences, who are terminally ill, eligible for parole on compassionate grounds, which currently is not the case. Should the CCRA come before this committee for review, I would urge senators to consider such an amendment. Finally, I recommend that the subcommittee encourage the correctional service to develop and implement programs, initiatives and services that will comprehensively address the needs of older offenders.

**Kim Pate, Executive Director, Canadian Association of Elizabeth Fry Societies:** Thank you, Madam Chair and senators, for inviting us and providing us with the opportunity to address you on this important, and increasingly so, issue of women in prison. I bring regrets from my President, Maître Lucie Joncas that she is unable to be here today because she has to attend court.

Some of you know that I have also worked with men and young people in the system but for the last 16 years, my particular focus has been women in prison. This area is of growing concern for our organization of 26 members across the country that provides services in many communities. Some of you may know many of them. They provide numerous different services from early intervention to working with individuals who are senior and ailing in the community as alternatives to incarceration and upon conditional release.

I consulted other people over the last month and a half and we had already the issue of long-term and aging prisoners on our agenda in terms of our organization's social action agenda. However, when the opportunity to appear before this committee arose, we stepped up our consultation with those individuals who are aging in the institutions. Over the last month, I have been in a number of federal institutions. I have spoken to many of the women you have heard about from the previous witnesses.

De toute évidence, il est urgent de faire mieux. Le manque de ressources nous apparaît comme un obstacle important que le Service correctionnel doit surmonter. Le SCC doit aussi s'assurer que des ressources humaines et financières sont allouées pour répondre à ces besoins bien définis et justifiés sur le plan juridique.

En guise de conclusion, je tiens à remercier le Comité spécial sur le vieillissement d'avoir examiné la réalité peu connue de certains Canadiens âgés, c'est-à-dire les défis que présente le fait de vieillir avec dignité dans le contexte correctionnel fédéral. J'aimerais profiter de l'occasion pour formuler quelques suggestions au comité.

En 2000, un sous-comité parlementaire a recommandé que l'on modifie la Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition (LSCMLC) afin d'ajouter les délinquants jeunes, les délinquants âgés et des délinquants ayant de graves problèmes de santé à la liste des groupes de délinquants ayant des besoins spéciaux. Si le comité est appelé à examiner la LSCMLC, je suggère que vous envisagez un amendement de cette nature. Le sous-comité a également recommandé que la LSCMLC soit modifiée pour que les délinquants condamnés à une peine d'emprisonnement à perpétuité ou d'une durée indéterminée et qui sont en phase terminale puissent être admissibles à la libération conditionnelle pour des motifs humanitaires, ce qui n'est pas le cas actuellement. Encore là, si le comité est appelé à examiner la LSCMLC, je vous demande instamment d'envisager une telle modification. Enfin, je recommande que le sous-comité encourage le Service correctionnel à élaborer et à mettre en œuvre des programmes, des initiatives et des services qui répondront à l'éventail complet des besoins des délinquants âgés.

**Kim Pate, directrice exécutive, Association canadienne des sociétés Elizabeth Fry :** Merci, madame la présidente et honorables sénateurs de nous avoir invités et donné l'occasion de vous présenter notre point de vue sur la question de plus en plus importante des femmes détenues. Je vous transmets les excuses de ma présidente, Maître Lucie Joncas qui n'a pas pu venir, car ses responsabilités l'appelaient au tribunal.

Certains d'entre vous savent que j'ai aussi travaillé avec des hommes et des jeunes incarcérés, mais durant les 16 dernières années, je me suis surtout penchée sur les femmes en prison. C'est un sujet qui préoccupe de plus en plus les 26 membres de notre organisation nationale qui fournissent des services dans un grand nombre de collectivités. Certains d'entre vous en connaissent peut-être plusieurs. Elles fournissent de nombreux services allant de l'intervention précoce au travail avec des personnes âgées et malades comme solutions de rechange à l'incarcération et dès leur mise en liberté sous condition.

J'ai consulté, ces six dernières semaines, d'autres personnes et il se trouve que la question des détenus âgés était déjà inscrite au programme d'action sociale de notre organisation. Cependant, nous avons accéléré nos consultations avec les personnes qui vieillissent dans les établissements. Le mois dernier, j'ai visité un certain nombre d'établissements fédéraux. Je me suis entretenue avec un grand nombre de femmes dont vous avez entendu parler au cours des témoignages précédents.

I propose to provide this committee with the issues that they raised. Certainly, I do not dispute any of the numbers provided by my colleagues at the Correctional Service of Canada or the Office of the Correctional Investigator but I thought it might help to have some of the faces portrayed.

One of the issues was the fact that this has not been a priority issue within the organization. Interestingly enough, the first thing that many aging individuals raised was concern for those coming behind them. Those in the system know they are there and deal with it as best they can. I will talk a bit about that in a minute. Most interesting from all of the individuals and those working with them as life line or in-reach workers — people who have been in prison and return to work with them — is the impact that potential law reform will have on this very issue. The issues expressed were longer sentences, longer mandatory minimum sentences and the proposal to eliminate statutory release. All of these issues were raised by aging and older prisoners as things that will impact not only them but also, and more significantly, those coming behind them.

As you have already heard, an aging individual who wants to exit the prison might not have an opportunity to take age-appropriate or appropriate-at-all programming because they are being asked to take cognitive skills or programming that might be positive for a younger individual. I recall one woman who had just spoken to her case management team, most of whom were younger than her own children and some as young as her grandchildren. They had been encouraging her to think about re-schooling but by the time she finished, she would be in her mid-60s. The idea that she could go back to school at her age was ludicrous, not only to her but also to some of us who heard about the suggestion.

Many of the women are concerned about the same things that the rest of are concerned about as we age — menopause, osteoporosis, diabetes. These are some of the chronic and aging diseases that impact women more profoundly. Although health care is provided, it tends to be predominantly about prescriptions. There is not a lot of opportunity for other interventions such as exercise, diet or other alternative approaches.

Mr. Sapers, from the Office of the Correctional Investigator, discussed some good examples of peer care providers. There are also some not very good examples of individuals being expected to care for each other without any support, recompense or expertise. That is the other side of the issue.

Aging prisoners do not have access to pension benefits. They are expected to work or receive minimal resources while in the institution. A number of individuals were concerned about that kind of proposal coming forward. While they are in the institution, they want the same opportunities that exist in the community. For example, as they are aging and getting older, to have either shorter work weeks or work days and, what I have termed, pension opportunities, so they would not end up with virtually no pay. That leaves them with little ability to buy the

Je propose de présenter au comité les questions qu'elles ont soulevées. Je ne conteste évidemment pas les chiffres fournis par mes collègues du Service correctionnel du Canada ou du Bureau de l'Enquêteur correctionnel, mais j'estime utile de donner un visage à certaines de ces personnes.

Le problème avec cette question, c'est qu'elle n'était pas une priorité au sein de l'organisation. Il est intéressant de noter que beaucoup de personnes âgées se préoccupaient en premier lieu de celles qui viendront après elles. Celles qui sont dans le système sont conscientes de leur situation et essaient d'y faire face le mieux qu'elles peuvent. J'y reviendrai dans un instant. L'effet de l'éventualité de la réforme de la loi sur cette question est ce qui intéresse le plus les détenues et ceux qui travaillent avec elles, les intervenants accompagnateurs, des gens qui ont été en prison et qui retournent travailler avec les détenues. Les peines plus longues, les peines minimales obligatoires plus longues et la proposition visant l'élimination de la liberté d'office comptent parmi les points soulevés. Les détenues âgées pensent que toutes ces questions auront un effet non seulement sur elles, mais aussi, et c'est plus important, sur les futures détenues.

Comme vous l'avez déjà entendu, une personne âgée qui veut sortir de prison peut ne pas avoir l'occasion de suivre un programme approprié à son âge ou tout simplement approprié, car on leur demande une habileté mentale supérieure ou de suivre un programme qui conviendrait mieux à quelqu'un de plus jeune. Je me souviens d'une femme qui venait tout juste de parler à l'équipe de gestion de son cas, dont la plupart des membres étaient plus jeunes que ses propres enfants et certains plus jeunes que ses petits-enfants. L'équipe l'encourageait à reprendre des études, alors qu'elle aura 65 ans à sa sortie de prison. L'idée d'aller à l'école à son âge était ridicule, non seulement pour elle, mais aussi pour certains d'entre nous.

La plupart des femmes ont les mêmes préoccupations que le reste d'entre nous quand nous vieillissons — ménopause, ostéoporose, diabète — qui font partie des maladies de vieillesse et chroniques qui touchent beaucoup plus les femmes. Bien que les soins de santé soient donnés, il semble que ce soit surtout des ordonnances. Il n'y a pas beaucoup de possibilités de participation à d'autres activités telles que l'exercice, le régime alimentaire ou autres.

M. Sapers, du Bureau de l'Enquêteur correctionnel, a donné quelques bons exemples de soins prodigués par des pairs. Il y a aussi quelques exemples pas très bons de personnes dont on attend qu'elles se dispensent des soins mutuels sans aide, récompense ni expertise. C'est l'autre aspect de la question.

Les détenues âgées n'ont pas accès aux prestations de retraite. On s'attend à ce qu'elles travaillent ou reçoivent des ressources minimales pendant leur emprisonnement. Un certain nombre de personnes ont demandé si une proposition de ce genre allait être présentée. Pendant leur séjour dans les établissements, elles veulent avoir les mêmes possibilités qui existent dans la collectivité. Par exemple, au fur et à mesure que les années passent et qu'elles vieillissent, elles veulent des semaines ou des journées de travail plus courtes et la possibilité de recevoir des

extra food or vitamins they may be purchasing to supplement their personal needs. Some women have to use menstrual pads because they do not have access to incontinence products.

There is a perception that there are more services for aging men than for aging women. The example we received was that a man suffering from a heart attack would be assessed quickly; whereas, a woman concerned about a lump in their breast, osteoporosis or some other equally serious medical problem, would be considered a chronic complainer.

We have a number of incidents where women have been diagnosed far too late and had to have radical interventions because breast cancers were not being diagnosed or they were not comfortable questioning those who had made the recommendation following their raising the concern.

The recommendations of the Office of the Correctional Investigator are the sort also supported and proposed by the women in the prisons. However, the women were suggesting there be access to community resources at an earlier stage. The notion that correctional services should provide more services in the prison is not a very helpful one when you know that the aging population is increasing. It would be more appropriate, particularly for individuals who are not a risk to the community or who could be eligible for release, to start work releases that involve going home and providing grandchild care or providing other types of home support. There should be opportunities to be released into familial homes instead of halfway houses that are not equipped to deal with them.

We have a horrible example of an older woman in a wheelchair who could not go to any halfway house in the Prairie region because there was not one which was wheelchair accessible. She ended up in a men's halfway house where she experienced isolation and poor treatment. The woman committed suicide.

Private home placements are allowable within the legislation and women have talked about how these approaches could be used. The section 84 conditional release arrangements that we often think of only in terms of Aboriginal prisoners, could be looked at as an opportunity for individuals to go into senior homes, other age-appropriate residences or palliative care facilities instead of trying to develop those within prisons themselves.

Within prisons, most of the women talked about an interest in units where older prisoners could be housed. One gave an example of the house in which she was first placed in the prison. She was in her 50s and shared with a number of young women in their 20s. They liked to play loud music and often at the time she was sleeping. Conversely, she would be up at early hours wanting to do housework when they were sleeping. These are practical things that many of us accommodate because we have the ability to and the freedom to move around, which are not necessarily available within the prison setting.

prestations de retraite et ne pas finir sans aucun salaire. Cela ne leur permet pas d'acheter plus de nourriture ou de vitamines pour compléter leurs besoins personnels. Certaines femmes utilisent des tampons hygiéniques, car elles n'ont pas accès aux serviettes pour incontinents.

Il y a une perception à l'effet que les hommes âgés reçoivent plus de services que les femmes âgées. On nous a dit qu'un homme victime d'une crise cardiaque sera examiné rapidement alors que l'on dira d'une femme qui s'inquiète d'une grosseur au sein, d'ostéoporose ou d'une autre maladie aussi grave, qu'elle se plaint toujours.

Dans un certain nombre de cas, des femmes ont été diagnostiquées beaucoup trop tard et ont dû subir des interventions chirurgicales importantes, car les cancers du sein n'étaient pas diagnostiqués ou parce qu'elles ne se sentaient pas à l'aise pour poser des questions à ceux qui ont recommandé l'intervention.

Les recommandations du Bureau de l'Enquêteur correctionnel ressemblent à celles soutenues et proposées par les détenues. Cependant, les femmes suggéraient que l'accès aux ressources de la collectivité se fasse plus tôt. L'idée voulant que les services correctionnels fournissent plus de services en prison n'est pas très utile quand on sait qu'il y a de plus en plus de personnes âgées en prison. Il serait plus approprié, particulièrement pour les personnes qui ne posent pas de danger pour la société ou qui sont admissibles à la libération, de commencer des placements à l'extérieur comme le retour à la maison, pour s'occuper des petits-enfants ou fournir d'autres types de soutien à domicile. Il devrait être possible de libérer des détenues et les envoyer dans des foyers familiaux au lieu de maisons de transition qui ne sont pas équipées pour les accueillir.

Il y a le terrible cas d'une femme âgée en fauteuil roulant qui ne pouvait habiter dans aucune maison de transition dans les Prairies, car ces maisons n'étaient pas adaptées aux fauteuils roulants. Elle a fini par vivre dans une maison de transition réservée aux hommes où elle a été isolée et maltraitée. Cette femme s'est suicidée.

Les placements dans des maisons privées sont prévus dans la loi et les femmes ont parlé de la façon dont l'article 84 sur la mise en liberté sous condition, que nous associons souvent aux détenus autochtones, pourrait servir pour envoyer des personnes dans les foyers pour personnes âgées, d'autres résidences de ce genre ou des établissements de soins palliatifs au lieu d'essayer d'en créer dans les prisons.

La plupart des détenues ont exprimé leur intérêt pour des unités réservées aux personnes âgées. L'une d'entre elles a donné en exemple la maison dans laquelle elle a été d'abord placée dans la prison. Elle avait la cinquantaine et habitait avec plusieurs jeunes femmes dans la vingtaine qui aimaient jouer très fort de la musique et souvent quand elle-même dormait. Inversement, elle était debout tôt le matin pour faire les travaux ménagers alors que ces jeunes femmes dormaient. Ce genre de situation ne dérange pas beaucoup d'entre nous, car nous avons la possibilité et la liberté de nous déplacer, ce qui est impossible en prison.

Finally, another issue was the notion that there is an opportunity for the women to participate in the development of the options that would be available. They should be permitted to do some of the research to look at what resources may be available within the community. Also, existing provisions in the CCRA allow for prisoners to be taken out of the prison for health reasons at any stage of their sentence. These provisions should be utilized in addition to the recommendations that my colleagues have made around compassionate passes and compassionate parole.

**Senator Mercer:** This is a fascinating topic, one to which Canadians do not pay enough attention. I am glad we are able to give it some attention.

Mr. Toller, you said that 14 per cent of the offenders aged 50 years and over have a current psychiatric diagnosis. Mr. Sapers you also mentioned mental health. Would either of you assess that perhaps these people would be better served in some mental care facility designed to treat the disorder they may have rather than being incarcerated?

**Mr. Sapers:** I will provide the first part of the answer. We have made many recommendations concerning this issue.

The Correctional Service of Canada has five regional psychiatric centres, which deal with offenders that have a significant diagnosed mental disorder. They are for all intents and purposes psychiatric hospitals. They represent about 50 per cent of the capacity the service requires to deal with offenders with that degree of mental disorder.

The service has developed a plan that is fairly responsive in meeting with the additional need, but they have not been able to secure ongoing permanent funding for that plan. At the same time, they have not been able to fully staff or implement the parts of the initiative that have received funding.

The challenge continues to grow. There are some offenders who would benefit from permanent hospital placement. However, the service is challenged with having to implement the sentence of the court. When they receive the offender, the issue is how carefully and quickly they can do the assessment, how appropriate is the array of placement options that they have, and what kind of services can they either leverage or partner from the surrounding community to take advantage of available health care services. It is fair to say the problem in that regard has been well identified. Some of the solutions have been well identified but the implementation is lagging behind.

**Mr. Toller:** I would add that we have seen a significant increase over the last number of years. This is why we have decided in the last couple of years that this is will be one of our priorities. We have branched off the health services into a separate entity within the Correctional Service of Canada to give as much focus and attention on this area as we are able.

As Mr. Sapers pointed out, although a number of inmates are coming in with a mental health diagnosis, they are still convicted of an offence, which we are required to administer. We have do have five regional centres across the country which are centred on

Finally, another issue was the notion that there is an opportunity for the women to participate in the development of the options that would be available. They should be permitted to do some of the research to look at what resources may be available within the community. Also, existing provisions in the CCRA allow for prisoners to be taken out of the prison for health reasons at any stage of their sentence. These provisions should be utilized in addition to the recommendations that my colleagues have made around compassionate passes and compassionate parole.

**Le sénateur Mercer :** C'est un sujet fascinant auquel les Canadiens ne portent pas suffisamment attention. Je suis heureux que nous ayons pu le faire.

Monsieur Toller, vous avez dit que 14 p. 100 des délinquants âgés de 50 ans et plus ont aujourd'hui un diagnostic psychiatrique. Monsieur Saper, vous avez aussi parlé de la santé mentale. Pensez-vous, l'un ou l'autre, qu'il serait préférable que ces personnes soient dans un établissement psychiatrique conçu pour traiter leurs troubles éventuels au lieu d'être incarcérées?

**M. Sapers :** Je vous donnerai la première partie de la réponse. Nous avons fait beaucoup de recommandations à ce sujet.

Le Service correctionnel du Canada a cinq centres psychiatriques régionaux qui traitent des délinquants atteints de troubles mentaux graves. Ces centres sont en fait des hôpitaux psychiatriques assurant la moitié des services requis pour traiter les délinquants atteints de ce genre de troubles mentaux.

Le Service correctionnel a élaboré un plan qui répond de manière assez satisfaisante aux besoins additionnels, mais le Service n'a pas pu obtenir un financement sûr et permanent pour ce plan. Il n'a aussi pas pu trouver tout le personnel ni mettre en œuvre les éléments de l'initiative qui ont été financés.

Les problèmes continuent de s'aggraver. Certains délinquants sont hospitalisés de façon permanente. Il n'en reste que le Service doit appliquer les peines imposées par les tribunaux. Le problème qui se pose à la prise en charge des délinquants par le Service est de déterminer la façon de procéder soigneusement et rapidement à l'évaluation; de décider de la pertinence des options de placement à sa disposition et du genre de services qu'il peut fournir en collaboration avec les collectivités voisines pour tirer avantage des services de soins de santé qui y sont offerts. Il convient de dire que ce problème a été identifié. Des solutions ont été élaborées, mais leur mise en œuvre accuse du retard.

**M. Toller :** J'ajouterai que nous avons assisté à une augmentation considérable de la population ces dernières années. C'est la raison pour laquelle, nous avons décidé ces deux dernières années d'en faire l'une de nos priorités. Nous avons fait des services de santé une entité distincte au sein du Service correctionnel du Canada pour pouvoir nous pencher plus attentivement sur cette question.

Comme l'a dit M. Sapers, bien que les diagnostics d'un certain nombre de délinquants révèlent des troubles mentaux, ils ont quand même été déclarés coupables d'une infraction et nous devons administrer la peine. Nous avons bien cinq centres

the provincial legislation necessary for a full psychiatric diagnosis and/or treatments. We also have memorandums of agreement with other facilities, such as St. Thomas Psychiatric Hospital, with whom we can work in terms of mental health.

I would also point out we are still in a build-up stage. Ms. MacLean will speak to this more eloquently than I. At this time, it is a tough market to recruit people. Great attention is being made in terms of how to recruit people to work in this setting.

I agree we do not have the requisite resources to manage this changing population.

**Senator Mercer:** That leads me to another question with regards to your staffing difficulties. When you said you had an offender population of 21,617 and 13,170 in institutions, and 8,447 offenders in the community, I was interested in the fact that you went on to say that you have a staff complement of approximately 14,500 people. That is quite a good ratio in terms of the people being administered to and those doing the actual work. Out of those 14,500 people, how many are doing “chore administrative” work and do not have contact with prisoners, either in the institutions or in the community?

**Mr. Toller:** I do not have the exact numbers for you. It depends on where we want to look at that definition. As an administrator, I may be involved with inmates. At other times, I am not. Sometimes I see the products that come in from inmates through direct contact, through agencies. Even the administrators are generally frontline people. The correctional officer group makes up the vast majority of our compliment. We do have a number of program delivery staff that works directly with inmates relative to the provision of programs. Nurses and health care staff work directly with inmates as well and the lion’s share of that group is in contact with inmates.

**Senator Mercer:** That is good news.

However, when you spoke of the intake assessment phase you did not mention the proximity of local relatives to the person entering the institution. Is that a factor that was not mentioned because it was not related directly to aging?

**Mr. Toller:** It is definitely a consideration in terms of potential, original placement. It is also a consideration during both the sentence and release into the community.

**Senator Mercer:** Ms. Pate, it seems to me that people commit crimes, they deserve to be punished, they are put in prisons and they serve their time. They come out of the institution, whether on bail or after completion of their full sentence. We have punished them, but in many cases we have not solved the problem. What happens to older prisoners when they come out of institutions? What resources does Canada provide to Canadians who have completed their sentences?

They have no access to pensions; they have not been contributing. Are they eligible for the Canadian Pension Plan? If they have been in prison for a number of years, they have not been contributing. Are they eligible for Old Age Security? Are

régionaux travers le pays qui respectent les lois provinciales pour ce qui est des diagnostics et des traitements psychiatriques complets. Nous avons aussi des protocoles d’accord avec d’autres établissements, tels que l’hôpital psychiatrique de St. Thomas, pour collaborer dans le domaine de la santé mentale.

J’aimerais aussi souligner que nous sommes encore au stade du développement. Mme McLean en parlera plus éloquentement que moi. Pour l’heure, il est difficile de trouver du personnel et nous accordons énormément d’importance au recrutement des futurs employés dans ce secteur.

Je reconnais que nous n’avons pas les ressources nécessaires pour gérer l’évolution de cette population.

**Le sénateur Mercer :** Ce qui m’amène à poser une autre question sur les difficultés que vous rencontrez dans la dotation de personnel. Vous avez dit que le nombre de délinquants est de 12 617, 13 170 dans les établissements et 8 447 dans les collectivités. Vous avez poursuivi en disant que votre effectif compte environ 14 500 employés, et c’est cela qui a suscité mon attention. C’est un très bon rapport entre le nombre de détenus et le nombre d’employés. Parmi les 14 500 employés, combien sont attachés à des services administratifs et n’ont pas de contact avec les détenus, que ce soit dans les établissements ou les collectivités?

**M. Toller :** Je ne peux pas vous donner les chiffres exacts. Cela dépend de l’interprétation que l’on donne à cette définition. En tant qu’administrateur, je peux avoir des contacts avec des détenus. D’autres fois, je n’en ai pas. Il m’arrive parfois de voir, directement ou par le biais d’organismes, les produits fabriqués par les détenus. Même les administrateurs travaillent généralement en première ligne. Notre effectif est principalement composé d’agents de correction. Un certain nombre d’employés chargés de l’exécution des programmes travaillent directement avec les détenus. Les infirmiers et le personnel des soins de santé travaillent aussi directement avec les détenus, c’est le groupe qui a le plus de contacts avec eux.

**Le sénateur Mercer :** Voilà de bonnes nouvelles.

Cependant, en mentionnant la phase de l’évaluation initiale, vous n’avez pas parlé de parents, de la personne incarcérée, vivant à proximité. Est-ce que ce facteur n’a pas été mentionné parce qu’il n’est pas directement lié à l’âge?

**M. Toller :** C’est quelque chose qui est absolument pris en compte pour le placement éventuel et initial. On en tient aussi compte pendant la peine et à la sortie de prison.

**Le sénateur Mercer :** Madame Pate, pour moi, ceux qui commettent des crimes méritent d’être punis, emprisonnés et de purger leur peine. Ils sortiront de prison que ce soit en liberté sous caution ou une fois qu’ils auront purgé la totalité de leur peine. Nous les avons punis, mais dans de nombreux cas, nous n’avons pas résolu le problème. Qu’arrive-t-il aux détenus âgés quand ils sortent de prison? Quelles ressources le Canada offre-t-il aux Canadiens qui ont purgé leur peine?

Ils n’ont pas de retraite; ils n’ont pas versé de cotisations. Ont-ils droit au Régime de pensions du Canada? S’ils ont passé quelques années en prison, ils n’y ont pas contribué. Peuvent-ils recevoir les prestations de la Sécurité de la vieillesse? Est-ce que

there programs that need to be redefined or reassessed to ensure people coming out of prisons do not have to look around and say I do not have much choice but to return to my old way of life to survive?

**Ms. Pate:** I will defer again to my colleagues if they have addition information on this subject. However, in my experience, women cope three general ways once they are released from prison. They may have had a spouse who may have had a pension that they are eligible for, they may be eligible for CPP themselves or they may go and live with their family.

If they are not eligible for anything else, the way most of the women will gain access is through social assistance, which is not always adequate. Often, they try to someone to live with to try to support them.

**Senator Mercer:** Therefore, the only resource for someone coming out of an institution after, perhaps, many years is to go on welfare and to be put back at the mercy of society. Is that it?

**Ms. Pate:** That is certainly the case for some. As I mentioned, some have died shortly after being released from prison; some have committed suicide. Some people have gone on to live with families.

It is part of the reason why I was encouraging you to think about the section 84 types of provisions. While prisoners are serving their sentences, there are some creative opportunities for them to serve their sentence but also transition into a more appropriate community setting, whether a geriatric facility or a senior's home or residence.

There was a woman who talked about wanting to make a human rights complaint because, although there are many staff in the institution, there are not a lot of staff with experience in this area. She said if you wanted to visit, you could see for yourselves the sorts of opportunities that exist in the prisons. Perhaps that is an opportunity also for the community to see what exists. We already know alternatives are sorely lacking for aging inmates.

I am sure your researchers have looked at some of the options in other countries. I noticed when I was looking at options that there have been some interesting options in the European Union and even Japan, which I do not think of as particularly progressive in terms of prison issues. However, they have developed shorter work weeks, early release options into hospitals or senior-focused settings and things of this nature. There are some other options that could be looked at that do not jeopardize or compromise public safety and also ensure that people are still being held accountable by serving their sentence.

**The Chair:** I think we should put on the record that if the people are over the age of 65, they are allowed to collect Old Age Security and GIS. The ones who are not quite 65 years of age are subject to the problems we are discussing here today.

des programmes doivent être redéfinis ou réévalués pour s'assurer que les personnes qui sortent de prison n'aient pas à se dire qu'il ne leur reste pas beaucoup de choix que celui de reprendre leurs vieilles habitudes pour survivre?

**Mme Pate :** Je m'en remets encore une fois à mes collègues, s'ils ont des renseignements supplémentaires à ce sujet. Toutefois, d'après ce que j'ai vu, les femmes, une fois sortie de prison, ont en général trois possibilités. Elles ont pu avoir un mari qui a eu une retraite à laquelle elles ont droit, elles peuvent elles-mêmes être admissibles au RCP ou elles peuvent vivre avec leur famille.

Si elles n'ont droit à rien d'autre, les femmes survivent en demandant l'aide sociale, ce qui n'est pas toujours suffisant. Souvent, elles essaieront de vivre avec quelqu'un qui subviendra à leurs besoins.

**Le sénateur Mercer :** Par conséquent, la seule ressource mise à la disposition d'une personne sortant de prison après, peut-être un grand nombre d'années, est de demander de l'aide sociale. C'est tout?

**Mme Pate :** C'est tout pour certains d'entre eux. Comme je l'ai dit, certains meurent peu de temps après leur libération; certains se suicident. Certaines personnes sont allées vivre avec leur famille.

C'est en partie pour cette raison que je vous encourage à réfléchir aux dispositions de l'article 84. Pendant l'emprisonnement, les détenus disposent de possibilités créatives pour purger leurs peines, mais aussi d'une transition dans une collectivité plus appropriée, que ce soit un centre gériatrique ou un foyer ou une résidence pour personnes âgées.

Une femme a déclaré qu'elle voulait formuler une plainte touchant les droits de la personne en raison de l'insuffisance de personnel dans l'établissement, il n'y a pas beaucoup de personnel expérimenté dans ce domaine. Elle a dit que si vous vouliez visiter des prisons, vous verrez le genre de possibilités qui y existent. C'est peut-être l'occasion aussi pour la collectivité de se rendre compte de la situation dans les prisons. Nous savons que les solutions de rechange en ce qui concerne les détenues âgées manquent terriblement.

Je suis sûre que vos chercheurs ont étudié les options suivies dans d'autres pays. Dans mes propres recherches, j'ai remarqué que l'Union européenne et même le Japon avaient des options intéressantes, mais elles ne me semblent pas particulièrement progressives en ce qui concerne les problèmes liés aux prisons. Cependant, ils ont mis en place des semaines de travail plus courtes, des possibilités de libération anticipée dans des hôpitaux ou des résidences réservées aux personnes âgées et des choses de ce genre. On pourrait étudier d'autres options qui ne mettent pas en danger la sécurité publique et qui assurent aussi que les personnes soient encore tenues responsables en purgeant leur peine.

**La présidente :** Je pense que nous devrions inscrire au compte rendu que les personnes de plus de 65 ans aient droit à la Sécurité de la vieillesse et au SRG. Les personnes qui n'ont pas encore atteint cet âge sont l'objet des problèmes qui nous occupent ici aujourd'hui.

**Senator Keon:** This is a truly fascinating group of people. I have a particular interest in population health, and this population health group is of tremendous interest, especially in terms of the subgroup of seniors.

The whole emphasis on population health is to try to identify the high-risk health groups and bring them up to the norm to try to prevent illness and promote health. We do through a series of educational and prevention programs and early detection. I suspect this must be the challenge to end all challenges, in this population health group.

What health services organization do you have for the people who are incarcerated? What organization do you have for the substantial number of people who are on the outside but still under your supervision?

First, for the inmates, what organizations do you have in the way of public health, preventive health and health education? How do you handle the smokers? Can they only smoke out in the yard? Can they smoke in their cells or in the company of their colleagues?

**Ms. MacLean:** As the new Assistant Commissioner of Health Services, I will attempt to answer your questions, Senator Keon. There is no question that under our legislation, we are obligated to provide essential health care and non-essential mental health care that will assist people in rehabilitation and reintegration into the community.

As I mentioned in my opening remarks, our principal frontline practitioners are nurses, who are in small walk-in clinics. We have physicians and specialists who come on a contract basis and provide service in response.

In terms of population or public health, we had an excellent assessment done by the *Canadian Journal of Public Health* on prisoners' needs. One of the key areas we need to address as a result of this is thorough data collection. We have a number of proxies; when we try to identify cardiovascular disease to the informed prevention program, for example, we have medication use as the proxy. We still rely on paper, so building an electronic data base to better assess needs and respond to them is a key priority for us.

My colleague, Mr. Toller, alluded to mental health, where we recently received some initiative funding for community mental health to help with discharge. Also, we just received money for institutional mental health to do a better job of primary care services. We have been more reactive probably than we would have wished to have been, but we are working within the resources that we have, which have been focused very much on the primary care level.

**Le sénateur Keon :** Ce groupe de personnes est très fascinant. Je me soucie particulièrement de la santé de la population, ce groupe qui travaille dans ce domaine suscite un énorme intérêt, surtout en ce qui concerne les sous-groupes de personnes âgées.

Il est très important pour la santé de la population d'identifier les groupes qui posent le plus grand risque à la santé et de les traiter pour prévenir les maladies et promouvoir la santé. Nous le faisons au moyen de programmes de sensibilisation, de prévention et de dépistage précoce. Je suppose que doit être le défi à relever pour mettre fin à tous les autres défis que pose cette population à ce groupe.

Quelles organisations de soins de santé pour les détenus avez-vous? Quel organisme avez-vous pour le nombre important de personnes qui même si elles vivent à l'extérieur continuent à être sous votre surveillance?

Premièrement, quelles organisations avez-vous en matière de santé publique, de soins préventifs et d'éducation à la santé pour les détenus? Comment gérez-vous les fumeurs? Ne sont-ils autorisés à fumer que dans la cour? Peuvent-ils fumer dans leurs cellules ou en compagnie de leurs codétenus?

**Mme McLean :** Je vais essayer, en tant que nouvelle commissaire adjointe des Services de santé, de répondre à vos questions, sénateur Keon. Il ne fait aucun doute que nous sommes tenus par la loi d'assurer les soins de santé essentiels et les soins de santé mentale non essentiels qui contribueront à la réadaptation et à la réinsertion sociale des détenus.

Comme je l'ai fait remarquer dans ma déclaration préliminaire, les infirmiers sont les praticiens qui travaillent le plus en première ligne et dans des petites cliniques où l'on peut venir sans prendre de rendez-vous. Des médecins et des spécialistes, que nous embauchons à contrat, dispensent des services médicaux.

*La Revue canadienne de santé publique* a publié une excellente évaluation des besoins des détenus en matière de santé de la population ou de santé publique. Cette évaluation révèle que la collecte des données est un élément essentiel qui doit se faire minutieusement. Nous avons un certain nombre d'approximations; par exemple, quand nous essayons d'identifier une maladie cardiovasculaire dans le cadre du programme de prévention éclairée, nous utilisons la consommation des médicaments comme approximation. Nous travaillons encore sur le papier, donc l'établissement d'une banque de données visant une meilleure évaluation des besoins et la façon de mieux y répondre est une grande priorité pour nous.

Mon collègue, M. Toller, a parlé de la santé mentale. Nous avons reçu il y a peu une initiative de financement pour améliorer les soins de santé mentale offerts dans la collectivité et aider les détenus libérés. Nous venons aussi de recevoir des fonds pour améliorer les soins de santé mentale primaires offerts en établissement. Notre réaction a été peut-être un peu plus vive que nous l'aurions souhaité, mais nous travaillons avec les ressources à notre disposition et nous les utilisons principalement pour les soins primaires.

In terms of our organizational structure, we have small health teams in each of our institutions, which report to our regional headquarters, which report to me in head office.

Our focus on harm reduction, for example, has been very much in the infectious diseases area. We have peer education programming. When inmates come in the door, as part of that assessment my colleague was talking about, they are given information on how to avoid disease such as blood-borne diseases and sexually transmitted diseases. We have harm-reduction equipment available in the institutions; and we are working to put in place the elements of harm reduction, including methadone for those with substance abuse issues.

There is no question that as we work to better capture the needs, we will be better able to tailor our programming. We are evaluating some of our work in this regard and moving forward.

**Senator Keon:** I congratulate you for organizing health at a primary care level. On the outside, we have not done that properly at all. We have neglected to do that to our own peril. I commend you to continue along those lines.

The payoff, I would think even for prisoners, would be tremendous if you can provide them with good primary care. That, of course, must include education and prevention, which you have alluded to in your remarks, to prevent some of the complicated diseases.

I think women's health, however, is an issue that could get badly lost when health resources are scarce. Do you have a special women's health program, Ms. Pate?

**Ms. Pate:** We do not have a special women's health program in our organization, largely because of lack of resources. Mine is a two-woman office. Across the country for every staff member, we have approximately 30 to 40 volunteers.

In the past, we have partnered with the Canadian Mental Health Association and the Canadian Public Health Association to do some initiatives around community-based health initiatives and preventive initiatives. We have tried to put some pressure on the correctional services for that. Although there is the legislative responsibility, the reality is that often, in the prisons themselves, very little of that preventive work is done. It is often done by outside groups.

For women, for instance, the Prisoners with HIV/AIDS Support Action Network goes into the prisons and provides early intervention, preventive work and basic information for people in the institution. They have done a tremendous job in providing education. Linked to that group, are some peer health educators who have taken it upon themselves to get more information, particularly to some of the Aboriginal women, concerning diabetes and other health issues. Generally, there is not much preventive information available. We try to provide it through our network, but it is sorely lacking. Even some of the

La structure de notre organisation comprend deux petites équipes soignantes au sein de nos établissements. Ces équipes relèvent de nos bureaux régionaux qui, à leur tour, me présentent des rapports, au bureau principal.

Par exemple, l'attention que nous portons à la réduction des méfaits est principalement axée sur les maladies contagieuses. Nous avons des programmes d'éducation par les pairs. Lorsque les délinquants arrivent, ils sont renseignés, dans le cadre de l'évaluation mentionnée par mon collègue, sur la façon d'éviter des maladies transmissibles sexuellement et par le sang. Nos établissements sont dotés d'équipements de réduction des méfaits. Nous étudions l'utilisation de produits, comme la méthadone, pour réduire la consommation des drogues.

Il est évident qu'au fur et à mesure que nous cernons mieux les besoins, nous pourrions mieux concevoir nos programmes. Nous évaluons notre travail dans ce domaine et nous faisons des progrès.

**Le sénateur Keon :** Mes félicitations pour les soins primaires que vous dispensez en matière de santé. Nous n'avons pas réussi à faire cela à l'extérieur des prisons. Nous avons omis de le faire à nos risques et périls. Je vous félicite de continuer dans cette voie.

Si vous pouvez prodiguer de bons soins primaires aux détenus, les avantages seront énormes, même pour eux me semble-t-il. Cela devra inclure, bien sûr, l'éducation et la prévention que vous mentionnez dans votre déclaration afin d'éviter certaines maladies graves.

Je pense, toutefois, que la cause de la santé des femmes pourrait être vraiment perdue quand les ressources en santé sont rares. Avez-vous un programme particulier sur la santé des femmes, madame Pate?

**Mme Pate :** Notre organisation n'a pas de programme particulier sur la santé des femmes, surtout à cause du manque de ressources. Le personnel du bureau où je travaille est composé de deux femmes. À travers le pays, pour chaque membre du personnel, il y a environ 30 à 40 bénévoles.

Dans le passé, nous avons un partenariat avec l'Association canadienne pour la santé mentale et l'Association canadienne de santé publique dans des initiatives portant sur la santé au niveau communautaire et des initiatives concernant la prévention. Nous avons essayé d'exercer un peu de pression sur le Service correctionnel à cet égard. En dépit de la responsabilité législative, la vérité est que souvent très peu de prévention est offerte dans les prisons. Et ce sont souvent des groupes extérieurs qui fournissent ce service.

Par exemple, pour les femmes, Prisoners with HIV/AIDS Support Action Network visite les prisons et fait des interventions précoces, de la prévention et fournit de la documentation de base aux détenues. Ce groupe a fait un travail remarquable au niveau de l'éducation. Des éducateurs-pairs en santé, associés à ce groupe, ont pris l'initiative de communiquer plus de renseignements, particulièrement à des femmes autochtones, sur le diabète et d'autres problèmes médicaux. De manière générale, il n'y a pas beaucoup d'informations sur la prévention, nous essayons d'en fournir par notre réseau, mais elles font cruellement

harm reduction initiatives have not been accepted within the prison setting, even though they were recommended by the *Report of the Expert Committee on AIDS and Prisons*. Some of the public health recommendations are seen as probably too diverse in terms of meeting the needs of individual prisoners and providing a wide array of services.

Also, some health professionals I have spoken to — and I have been participating in training initiatives — have indicated they do not want to work in a prison environment because of the limitations placed on things like being able to do preventative health care. I have no doubt of the good intentions of anyone working in the area; but when it comes to resources, not surprisingly, keeping people in prison is the first priority in terms of protecting society. From there, the resources to provide additional supports are much more limited, in our experience.

**Ms. MacLean:** We do not have special programming for women's physical health services. We know, again based on the analysis done for us, that they are accessing health services and medication at a much higher rate.

In the women's mental health area, we have been working for several years to integrate our programming and mental health services. We have the structured living environment for minimum- and medium- security women, where there is a communal living concept with staff on the unit who have mental health training. The staff provides dialectical behaviour therapy. We are looking at it right now to ensure we are implementing it consistently and it meets the women's' needs. I can also speak of adaptation we have done in the area of Aboriginal health programming.

**Ms. Pate:** Tragically, the individuals with the greatest need are often placed into segregation, not into those units, because they are geared toward minimum and medium security. Those with the greatest mental health issues are the hardest to manage in a prison, so they often end up in the isolation units. We saw that, not with older persons but with a very young one, in the death of Ashley Smith recently.

**Senator Keon:** Tell me about your connectivity. The health system in Canada is still not organized at the community level the way it should be. I dream about the day that it happens. Where it is reasonably well organized at the community level and where you can identify integrated health and social service programs and facilities, have you a method for connecting to them?

**Ms. MacLean:** We have been investing new resources over the last while, Senator Keon. One area is mental health, for which we have five-year short-term funding to help us to do a better job of discharge planning and support for people while in the community. We have invested in intensive psychiatric services, training parole workers and providing psychiatric nurses and social workers with information on how to support discharged inmates. We are working to have an integrated discharge-planning model on the health side where, as you say, we

défait. Même si le *Rapport du Comité d'experts sur le sida et les prisons* les recommande, certaines initiatives en matière de réduction des méfaits n'ont pas été acceptées dans le système carcéral.

Je ne mets nullement en doute, la bonne foi de toutes les personnes qui travaillent dans ce secteur; mais lorsqu'il s'agit de ressources, il n'est pas étonnant que garder les gens en prison est la première priorité pour protéger la société et pour cette raison, les ressources visant des soutiens complémentaires sont beaucoup plus limitées, c'est ce que nous avons constaté.

**Mme McLean :** Nous n'avons pas de programme particulier sur la santé physique des femmes. Nous savons, suite à une analyse faite pour nous, que de plus en plus de femmes utilisent les services de santé et les médicaments.

Nous travaillons depuis plusieurs années dans le domaine de la santé mentale des femmes pour intégrer nos programmes et nos services de santé mentale. Le milieu de vie structuré pour les détenues de niveaux de sécurité minimal et moyen offre un concept de vie communautaire avec un personnel qui a suivi une formation en santé mentale. Le personnel assure une thérapie comportementale dialectique. Nous l'étudions actuellement pour nous assurer de la mettre en œuvre invariablement et aussi qu'elle réponde aux besoins des femmes. Je peux aussi mentionner l'adaptation que nous avons faite dans le cadre des programmes de santé applicables aux Autochtones.

**Mme Pate :** Malheureusement, les personnes qui ont les plus grands besoins sont souvent mises en isolation et ne vivent pas dans les unités d'habitation que l'on trouve dans les établissements à sécurité minimale et moyenne. Les personnes atteintes des troubles mentaux les plus graves sont les détenues les plus difficiles à gérer en prison, alors elles finissent souvent par être isolées. Nous l'avons constaté, pas chez une personne âgée, mais une personne très jeune, avec la mort récente de Ashley Smith.

**Le sénateur Keon :** Renseignez-moi sur votre connectivité. Le système de santé au Canada n'est pas encore organisé au niveau de la collectivité comme il devrait l'être. Je rêve du jour où il le sera. Où il est relativement bien organisé au niveau communautaire et où vous pouvez identifier des installations et des programmes intégrés de soins de santé et de services sociaux, de quelle manière procédez-vous pour les contacter?

**Mme McLean :** Nous avons investi dans de nouvelles ressources ces derniers temps, monsieur le sénateur Keon. La santé mentale est l'un de ces secteurs pour lesquels nous avons un financement sur une période de cinq ans pour améliorer la planification des sorties et l'aide aux personnes quand elles sont dans la collectivité. Nous avons investi dans des services de psychiatrie intensive, dans la formation des surveillants de libération conditionnelle et dans la communication de renseignements aux infirmiers psychiatriques et aux travailleurs

need to be working with the community to ensure that when people are discharged, they are not suddenly without a physician to continue prescribing the appropriate medication. We are focusing resources in those two areas. We are quite aware that just as health can contribute to someone's successful reintegration, if we have not helped to build those links then it becomes harder for people to do it themselves.

**Mr. Toller:** In terms of connectivity in this context, it is important to understand that when an inmate needs medical treatment at a local hospital, there is provision for medical escorted temporary absences, sometimes for long periods of time at any time during a sentence. We have an array of inmates receiving dialysis and other specialized treatments in local hospitals. We have access to all of the specialized services, including the same wait times experienced by other people. We bring the community inside as well as when they come back outside.

**Mr. Sapers:** The question you asked sent my mind racing in all directions. My office receives between 7,000 and 8,000 complaints or inquiries from the inmate population every year. For at least the last six years, health care concerns have topped the list. The primary complaints deal with access, continuity and quality of health care.

The Correctional Service of Canada tries very hard to deal with those needs but many operational realities occur that confound them. It is not for a lack of trying or a lack of awareness. For example, while there is opportunity to link to outside community-based health care services, operational demands of security might get in the way. Therefore, although an outside visit to a hospital or health care provider may be scheduled, an incident in the institution or staff rotation schedules might preclude the availability of an escort. We receive complaints about delays or cancellations concerning long-standing appointments. As you can imagine, that starts the clock over again in the wait to access specialists in the community.

The connectivity you mentioned makes me think about many of the reports I have read from boards of inquiry called to investigate a significant incident, usually a death, in an institution. The reports talk about the difficulty with paperwork following the inmate, or patient, from place to place. The kind of continuity issues you would experience in a community from hospital to hospital or provincial jurisdiction to provincial jurisdiction also takes place in the correctional setting. Even within the rather closed system of correctional services, just getting the paperwork to follow the inmate to ensure continuity in medication is difficult. Some of the difficulties that we have seen include overmedication,

sociaux psychiatriques sur la façon d'aider les détenus élargis. Nous travaillons sur un modèle de planification des sorties intégré au secteur de la santé ou, comme l'avait dit, nous devons travailler avec la collectivité pour assurer que lorsque les gens sont élargis, ils ne se trouvent pas soudainement sans un médecin dont ils ont besoin pour continuer à prescrire les médicaments appropriés. Nous axons nos ressources dans ces deux domaines. Nous savons pertinemment que même si la santé peut contribuer à la réussite de la réinsertion sociale de quelqu'un, si nous n'avions pas aidé à établir ces liens, il aurait été plus difficile pour les gens de le faire tout seuls.

**M. Toller :** Dans le contexte de l'établissement des liens entre les différents centres de services, il est important de comprendre qu'une disposition prévoit, lorsqu'un détenu doit suivre un traitement dans un hôpital local, des permissions de sortir à des fins médicales, parfois pour longtemps, et ce, à n'importe quel moment de la peine. Nombreux sont les détenus traités par dialyse ou qui reçoivent d'autres traitements spécialisés dans des hôpitaux locaux. Nous avons accès à tous les services spécialisés, même les périodes d'attente que connaissent les autres personnes. Nous utilisons les services de la collectivité aussi bien à l'intérieur des établissements qu'à l'extérieur.

**M. Sapers :** La question que vous posez m'a fait réfléchir à des tas de choses. Mon bureau reçoit annuellement de 7 000 à 8 000 plaintes ou demandes envoyées par la population carcérale. Depuis au moins six ans, les préoccupations en matière de soins de santé y figurent. Les plaintes portent principalement sur l'accès, la continuité et la qualité des soins de santé.

Le Service correctionnel du Canada s'efforce de répondre à ces besoins, mais il n'y arrive pas à cause de nombreuses réalités opérationnelles. Ce n'est pas faute d'avoir essayé ou à cause d'un manque de sensibilisation. Par exemple, bien qu'il soit possible d'utiliser les services de soins de santé offerts dans les collectivités, les demandes opérationnelles en matière de sécurité peuvent y faire obstacle. Par conséquent, même si une visite à un hôpital ou à un fournisseur de soins à l'extérieur peut être projetée, un incident se produisant dans l'établissement ou le changement d'équipe du personnel peut empêcher qu'une escorte soit disponible. Nous avons reçu des plaintes au sujet des reports ou des annulations de rendez-vous pris longtemps à l'avance. Comme vous pouvez l'imaginer, cela veut dire qu'il faut recommencer au bas de la liste d'attente pour consulter des spécialistes dans les collectivités.

L'établissement des liens entre les centres de services que vous avez mentionnés me fait penser à beaucoup de rapports que j'ai lus, rapport faits par des commissions d'enquête chargées d'enquêter un incident grave, généralement une mort, dans un établissement. Les rapports mentionnent les difficultés du transfert de la paperasserie quand le détenu ou le patient va d'un endroit à un autre. Les problèmes continuels qui existent au sein d'une collectivité d'un hôpital à un autre ou d'une compétence provinciale à une autre compétence provinciale existent aussi dans le milieu correctionnel. Même dans le système plutôt fermé des services correctionnels, il est difficile

lack of medication and delays in access to psychiatrists so prescriptions can be maintained. Those things happen with an alarming frequency in the correctional setting.

We need to look at corrections on a national level to determine what can be done about those problems. People move from provincial remand centres to federal correctional facilities, sometimes missing some of those connectivity dots you mentioned. People move from one kind of correctional facility to another within the correctional setting. For example, an inmate might move back to a remand centre when going to a new trial based on an appeal. There are many opportunities for the provision of health care to be interrupted. It is a very significant issue that you raise.

**Senator Cordy:** This is a fascinating topic. I agree with others who have said that the issues related to seniors in the penal system are not addressed often enough.

Mr. Sapers, I was quite interested in your suggestions, in particular the one about allowing those who are terminally ill to be eligible for parole on compassionate grounds. I am thinking of those who have served a lengthy sentence and are elderly and do not present a threat to public safety. That recommendation makes sense to me.

Mr. Toller, you spoke to the issue of short-term medical absences. Is this recommendation or suggestion moving forward?

**Ed McIsaac, Executive Director, Office of the Correctional Investigator:** The common sense aspect of the recommendation should be attributed to the parliamentary subcommittee that made the recommendation.

Currently, we have provisions within the Corrections and Conditional Release Act, specifically in the areas of parole that limit the decision-makers in terms of the options available to them for offenders suffering from long-term or terminal illness. The result is that they spend time in the institution in a state of either chronic care or under palliative care and are not released until their condition gets to the stage where they are transferred to a hospital and eventually die.

The ability to transfer out of the institution or parole individuals who are in that condition speaks in part to the relationship that the institutional programming has with the programming provided in the communities. There are difficulties in linking the care of offenders internally to their eventual external care. These difficulties were identified by the internal study completed by the CSC more than a decade ago and restated in the report with respect to the health care needs of federal offenders. As it stands, we have a lesser link there than we would like to have. The current legislation has provisions that limit the

de faire suivre la paperasserie d'un détenu pour qu'il puisse continuer à prendre des médicaments. La surconsommation de médicaments, le manque de médicaments et les longues périodes d'attente pour consulter des psychiatres afin de prolonger les ordonnances font partie des problèmes que nous avons constatés. Ce genre de choses se produit à une fréquence alarmante dans le milieu carcéral.

Nous devons examiner les services correctionnels à l'échelon national pour déterminer ce qui peut être fait pour régler ces problèmes. Des personnes sont transférées des établissements provinciaux de détention provisoire à des organismes correctionnels fédéraux, et quelquefois elles ratent certains centres de service que vous avez mentionnés. Les gens sont transférés d'un type d'organisme correctionnel à un autre au sein du milieu correctionnel. Par exemple, un détenu peut être envoyé dans un établissement de détention provisoire pour assister à un nouveau procès suite à un appel. Les possibilités d'interruption de la prestation des soins de santé sont nombreuses. La question que vous avez soulevée est très importante.

**Le sénateur Cordy :** Ce sujet est fascinant. Je rejoins les propos des autres personnes qui ont dit que les problèmes des personnes âgées dans le système carcéral ne sont pas suffisamment abordés.

Monsieur Sapers, vos suggestions m'ont beaucoup intéressé, en particulier celle visant l'admissibilité des détenus en phase terminale à la mise en liberté sous condition pour des motifs d'ordre humanitaire. Je pense aux détenus ayant purgé une longue peine, qui sont âgés et qui ne présentent pas de danger pour la sécurité publique. Cette recommandation me paraît logique.

Monsieur Toller, vous avez mentionné la question de courtes permissions de sortir à des fins médicales. Est-ce que cette recommandation ou suggestion a été prise en compte?

**Ed McIsaac, directeur exécutif, Bureau de l'Enquêteur correctionnel :** Le mérite de l'aspect logique de la recommandation revient au sous-comité parlementaire qui a fait cette recommandation.

La Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition contient actuellement des dispositions, particulièrement en ce qui concerne la libération conditionnelle, qui limitent les options offertes aux décideurs à l'égard des délinquants souffrant de maladies de longue durée ou de maladies terminales. Le résultat est qu'ils sont dans un établissement et reçoivent soit des soins aux maladies chroniques soit des soins palliatifs et ils ne sont libérés que lorsque leur état de santé demande une hospitalisation et ils meurent éventuellement.

La capacité de transfert hors de l'établissement, les libérés conditionnels qui sont dans cet état sont une indication des rapports entre les programmes pénitentiaires et les programmes des collectivités. Il y a des difficultés au niveau des rapports entre les soins offerts aux délinquants à l'intérieur des établissements et les soins éventuels qu'ils reçoivent à l'extérieur. Ces difficultés ont été identifiées dans une étude interne faite par le SCC, il y a plus de 10 ans, et elles ont été incluses dans le rapport sur les besoins en matière de soins de santé des délinquants sous responsabilité fédérale. À l'heure actuelle, les rapports ne sont pas aussi étroits

options of both the Correctional Service of Canada and the National Parole Board to act on what would appear to be very reasonable and compassionate grounds to release offenders.

**Mr. Toller:** We are talking about parole by exception that would include inmates not in the two categories we have mentioned who would not yet be eligible for parole by exception.

As Mr. McIsaac pointed out, lifers are exempted. Within that group, as you mentioned it could be short term. A lifer at any time in the sentence could be subjected to long-term medical escorted temporary absences. In some cases, it could be during a terminally ill situation. That means they are in a hospital and under escort. In such situations, we look to expanded visits from family members in this particular environment, but it is unlimited for medical escorted absences. There will come a time when lifers and all others in those categories will be eligible for parole. There are other options depending on where it sits in their sentence for consideration for release. The parole by exception deals with those who have not yet attained their parole eligibility dates. That is an important point for your deliberations.

**Senator Cordy:** I also read there are a lot of older inmates eligible for parole that are being overlooked and not being paroled.

**Mr. Sapers:** I think the point you are making is that there are offenders who are being released later and later in their sentence. Increasingly, offenders are being released through statutory release, that is, after two-thirds of their sentence has been served. Therefore, they are not getting the benefit of earlier conditional release through day parole or full parole. There are many reasons of that. They may be considered too high-risk. They may have had a hearing and the parole board does not consider them to be a manageable risk in the community. Increasingly, we are seeing parole hearings waived, postponed or not even applied for. This concerns me. Many of those are coming from offenders who have also had delayed participation in programs. They are not getting the support from their institutional team or their institutional parole officer to apply for parole. Many of these offenders may have substance abuse problems or mental health problems and they are aging.

This becomes troubling because these offenders who may have greater needs are the ones who are not getting the benefit of early access to programs. It is a vicious cycle: they do not get into the program, parole is delayed and they get out into the community without the benefit of good correctional intervention. However, they also have shorter periods of supervision once in the

que nous le souhaiterions. La loi en vigueur contient des dispositions qui limitent les options offertes au Service correctionnel du Canada et à la Commission nationale des libérations conditionnelles pour libérer des délinquants pour des motifs d'ordre humanitaire qui sembleraient très raisonnables.

**M. Toller :** Nous parlons de libération conditionnelle accordée à titre exceptionnel qui inclurait des détenus, autres que ceux des deux catégories que nous avons mentionnées qui ne seraient pas encore admissibles à la libération conditionnelle accordée à titre exceptionnel.

Comme M. McIsaac l'a souligné, les condamnés à perpétuité en sont exemptés. Dans ce groupe, comme vous l'avez dit, ce pourrait être à court terme. Un condamné à perpétuité peut, à n'importe quel moment de sa peine, obtenir de longues permissions de sortir avec escorte à des fins médicales. Dans certains cas, ce pourrait être en cas de maladie terminale. Cela veut dire que les détenus sont à l'hôpital avec une escorte. Dans de telles situations, nous invitons les membres de la famille à faire de longues visites à l'hôpital, mais les permissions de sortir à des fins médicales sont illimitées dans le temps. Un jour, les condamnés à perpétuité et tous les autres détenus de ces catégories seront admissibles à la libération conditionnelle. D'autres options sont offertes en fonction de l'évaluation en vue de la mise en liberté. La libération conditionnelle accordée à titre exceptionnel vise les détenus pour lesquels les dates d'admissibilité à la libération conditionnelle n'ont pas été encore atteintes. C'est un point dont il faut vraiment tenir compte dans vos délibérations.

**Le sénateur Cordy :** J'ai aussi lu que beaucoup de détenus âgés et admissibles à la libération conditionnelle sont ignorés et ne sont pas mis en liberté sous condition.

**M. Sapers :** Je crois que vous voulez dire que des délinquants sont libérés très tardivement. De plus en plus de délinquants bénéficient d'une libération d'office, c'est-à-dire, après avoir purgé les deux tiers de la durée de leur peine. Par conséquent, ils n'obtiennent pas une mise en liberté sous condition anticipée par le biais d'une semi-liberté ou une libération conditionnelle totale. Il y a plusieurs raisons à cela. Ils sont peut-être considérés comme trop dangereux. Ils ont peut-être eu une audience et la Commission nationale des libérations conditionnelles ne juge pas qu'ils sont un risque gérable dans la collectivité. Des audiences de libérations conditionnelles sont de plus en plus annulées, reportées ou même pas demandées. Cela me préoccupe. Un grand nombre de ces demandes sont faites par des délinquants qui ont aussi rejoint tardivement les programmes. L'équipe qui étudie leur cas ou leur agent de libération conditionnelle en établissement ne les aident pas à demander une libération conditionnelle. Un grand nombre de ces délinquants peuvent avoir des problèmes d'abus d'alcool ou d'autres drogues, et ils vieillissent.

Cela devient troublant, car les délinquants qui ont peut-être les plus grands besoins sont ceux qui n'accèdent pas rapidement aux programmes. C'est un cercle vicieux : ils n'accèdent pas au programme, la libération conditionnelle est reportée et ils se retrouvent dans la collectivité sans avoir été bien aidés par les services correctionnels. Ils sont, cependant, surveillés moins

community. You layer on top of that either chronic health issues or mental health issues and you do not have a good recipe for success.

I think the number right now in the correction service is about 150 older offenders who are past their parole eligibility dates. We would have to look at each one cases and determine why that is. Some of them may not be considered manageable. For the majority of them, their parole may never have been considered.

**Senator Cordy:** Offenders who are paroled and sent out into the community after they have been in the system for a long period of time always have an adjustment period. You provided statistics about the number of inmates who have mental health issues within the system.

When they are paroled, are programs set up to help them within the community or are they on their own?

**Mr. Toller:** To a great extent, the preparation for return to the community begins on the day of sentencing. When an individual comes into the system, we look at their individual needs and causative factors that may have led them to become involved in a criminal lifestyle. Is it impulsivity, anger management, education or lack of employment skills?

Within the institutions, we look at those areas and furnish programs to improve in those areas to reduce crime. There are provisions in the earlier stages of a sentence for escorted temporary absences, work release programs and unescorted temporary absences. With day parole eligibility, we would look to support from agencies such as the Elizabeth Fry Society, the John Howard Society plus an array of volunteers that come in to see what can be done through supportive communities. Community assessments are done with family on the outside and other agencies or groups that may need some level of support.

As Mr. Sapers points out, there are inmates, despite eligibility for parole that pose such a significant risk to public safety that they would not be released and stay until the last day of their sentence. However, there is a continuum to provide support right through all the stages.

**Ms. Pate:** It is important to point out that continuum exists in some respects more on paper than in reality. Aside from the good intentions of people around this table and many in CSC, I know of one work release in the last three prisons I have visited.

Mr. Sapers talked about passes to receive health care outside the institution being cancelled. That has been an issue in every institution I have visited in the last six months. In two prisons I visited over the past two weeks, women were coming to me asking for help to intervene. There was the perception there would be

longtemps une fois dans la collectivité. Ajoutez à cela, des problèmes de maladies chroniques et de santé mentale et la recette n'est pas bonne pour la réussite.

Je crois qu'aujourd'hui, dans le Service correctionnel, environ 150 délinquants âgés ont dépassé leurs dates d'admissibilité à la libération conditionnelle. Il faudrait examiner chacun de ces cas pour déterminer pourquoi il en est ainsi. Certains d'entre eux peuvent ne pas être considérés comme traitables. Pour la majorité, la libération conditionnelle peut n'avoir jamais été envisagée.

**Le sénateur Cordy :** Les délinquants mis en liberté sous condition et envoyés dans la collectivité après avoir passé beaucoup de temps dans le système traversent toujours une période d'adaptation. Vous avez donné des statistiques sur le nombre de détenus atteints de troubles mentaux.

Lorsqu'ils sont mis en libération conditionnelle, y a-t-il des programmes en place pour les aider au sein de la collectivité ou sont-ils laissés à eux-mêmes?

**M. Toller :** Dans une grande mesure, la préparation pour la réintégration de la société commence le jour où la sentence est prononcée. Lorsqu'une personne entre dans le système, nous examinons ses besoins personnels et les facteurs qui ont pu l'amener à adopter un mode de vie criminel. S'agit-il d'un problème d'impulsivité, de gestion de la colère, d'éducation ou d'absence de compétences de travail?

Dans les établissements, nous examinons ces questions et fournissons des programmes pour apporter des améliorations de manière à réduire la criminalité. Au cours des premiers stades de l'incarcération, il y a des dispositions pour les permissions de sortir avec escorte, le programme de placement à l'extérieur et les permissions de sortir sans escorte. Avec l'admissibilité à la semi-liberté, nous cherchons à avoir de l'appui d'organismes comme la société Elizabeth Fry, la société John Howard ainsi que d'une variété de volontaires qui viennent voir ce que l'on peut faire par le biais des communautés de soutien. Les enquêtes communautaires sont effectuées avec les familles à l'extérieur et d'autres organismes ou groupes qui peuvent avoir besoin d'un certain degré de soutien.

Comme l'a signalé M. Sapers, il y a des détenus qui, malgré leur admissibilité à la liberté conditionnelle, constituent un danger si important pour la sécurité publique qu'ils ne seraient pas libérés et qu'ils purgeraient leur peine jusqu'à la fin. Toutefois, il y a un continuum pour assurer un soutien pendant tous les stades de l'incarcération.

**Mme Pate :** Il est important de signaler qu'à certains égards, ce continuum existe davantage sur papier que dans la réalité. À part les bonnes intentions des gens assis autour de cette table et de nombreuses personnes de SCC, je ne connais qu'un seul cas de placement à l'extérieur dans les trois dernières prisons que j'ai visitées.

M. Sapers a parlé des laissez-passer pour les soins de santé à l'extérieur de l'établissement qui étaient annulés. Cela a été un problème dans tous les établissements que j'ai visités au cours des six derniers mois. Dans deux établissements que j'ai visités au cours des deux dernières semaines, des femmes sont venues me

labour unrest, therefore passes were cancelled and appointments missed. We succeeded in negotiating to get one woman sent back out and upon arriving at the hospital, they said, what are you doing sending the woman here, the appointment was yesterday.

A lot of this exists on paper. The reality, too often, is the practical follow through is not there despite all the best intentions. That is why our organization and others, such as the Disabled Women's Network Canada, are pushing for resources to be developed in the community. As Senator Keon pointed out, they are not necessarily available in the community now, but it is better to shore up what is available in the community and use the resources that already exist to get prisoners into those community-based services than in trying to replicate them in a less than satisfactory way in the prison system.

[Translation]

**Senator Chaput:** Thank you, Madam Chair. What is the annual cost of all correctional services in Canada? And what is the average cost per inmate?

**Mr. Toller:** For health care only?

**Senator Chaput:** No, for correctional services.

**Ms. MacLean:** Federal and provincial?

**Senator Chaput:** Yes.

**Ms. MacLean:** We will have to provide you with that information later. The details are in the report we have tabled, but we could send you a written reply.

For the Correctional Service of Canada, it is \$1.9 billion. And with the figures that we have given you today, we can do the math. Of course, because of economies of scale, it is also different for male and female offenders. We can break it all down and provide you with the provincial portion.

**Senator Chaput:** Given that budgets are tight — we are all in the same situation — do you consider training your staff in aging as a priority? After all, in your institutions, you are also dealing with an aging population of offenders. Someone mentioned the Peer Care Assistance and Review Program. Have you considered training those people? It is excellent that younger people are providing help to those who need it.

**Ms. MacLean:** I can begin the answer and my colleague can continue it. First, staff training is fundamental to how we operate as a correctional service. We have national standards and, each year, employees must complete the annual training required for their type of work. For example, right now, we are improving our training in mental health, not just for health care professionals

demander d'intervenir. On a craint qu'il y ait de l'agitation ouvrière, par conséquent, les laissez-passer ont été annulés et des rendez-vous ont été manqués. Par la négociation, nous sommes parvenus à obtenir qu'une femme soit retournée à l'extérieur et à son arrivée à l'hôpital, on a demandé pourquoi nous avions envoyé cette femme ici, parce que son rendez-vous était la veille.

Beaucoup de tout cela n'existe que sur papier. Trop souvent, la réalité, c'est que le suivi pratique n'est pas là malgré toutes les bonnes intentions. C'est pourquoi notre organisme et d'autres, comme le Réseau d'action des femmes handicapées du Canada, font des pressions pour que les ressources soient développées dans la collectivité. Comme l'a signalé le sénateur Keon, elles ne sont pas nécessairement disponibles dans la collectivité maintenant, mais il est préférable de renforcer ce qui est disponible dans la collectivité et d'utiliser les ressources qui existent déjà pour donner accès à ces services communautaires aux détenus plutôt que d'essayer de le reproduire de manière moins que satisfaisante dans le système carcéral.

[Français]

**Le sénateur Chaput :** Merci, madame la présidente. Quels seraient les coûts annuels de tous les services correctionnels au Canada? Et quel serait le coût moyen par détenu?

**M. Toller :** Pour les services de santé seulement?

**Le sénateur Chaput :** Non, pour les services correctionnels.

**Mme MacLean :** Au fédéral et au provincial?

**Le sénateur Chaput :** Oui.

**Mme MacLean :** On devra vous fournir ces informations plus tard. On a le détail dans le rapport qu'on a déposé, mais on peut vous fournir une réponse par écrit.

Pour le Service correctionnel du Canada, au fédéral, c'est 1,9 milliard de dollars. Et avec les montants qu'on vous a donnés aujourd'hui, on peut faire le calcul. Évidemment, à cause des économies d'échelle, c'est aussi différent entre les femmes détenues et les détenus masculins. On peut tout préciser et vous donner l'élément provincial.

**Le sénateur Chaput :** Étant donné les budgets limités — nous sommes tous dans la même situation —, est-ce que vous avez donné la priorité à la formation de votre personnel pour ce qui est du vieillissement, puisque vous y faites face aussi, dans les institutions, à une population de détenus qui vieillit de plus en plus? Quelqu'un a mentionné le Peer Care Assistance and Review Program. Avez-vous considéré la formation de ces gens? C'est excellent que les plus jeunes aident ceux qui en ont besoin.

**Mme MacLean :** Je peux commencer à répondre et mon collègue pourra poursuivre. D'abord, la formation de notre effectif, c'est notre base de fonctionnement comme service correctionnel. On a des standards au niveau national et il faut que chaque employé, d'après le genre de travail, complète chaque année la formation exigée. Par exemple, en ce moment, nous

but also for correctional officers. We really must create an integrated, multidisciplinary team.

As to offender training, as Mr. Sapers mentioned, we have established a program in which offenders help other offenders. In health care, we prefer that the training is also provided by peers. For example, Aborigines have their own program.

**Senator Chaput:** But you do not have a specific program for women's health, if I understand correctly?

**Ms. MacLean:** Our program for women deals rather with mental health. Given the factors I mentioned earlier and the higher demand from women compared to men, we are in fact presently studying whether we should also be addressing physical requirements.

[English]

**The Chair:** On average, how many people die in our federal institutions in a given year?

**Mr. Toller:** Are asking based on age, by suicide or on the average?

**The Chair:** No, I am simply asking how many die in prison each year.

**Mr. Toller:** Fifty or 60 a year, on average, die in prison.

**Mr. Sapers:** It is about one per week on average. Suicides account for roughly a dozen of those deaths. We also know that the highest-risk period is immediately post-incarceration; that first initial period after release is high risk. As I said, I think there is a relationship between the deaths by natural causes and some of the health care concerns raised in my office.

**The Chair:** We talked about the need for resources. We are interested in this particular issue because, although we know the problems of aging are municipal, provincial and federal, federally-incarcerated inmates are entirely the responsibility of the federal government. This is, after all, a federal committee. When we talk about resources, clearly we are saying we need more money, more expertise, et cetera, from the federal budget. However, in listening to all of you, it seemed to me that you had a significant area where you could find resources from within. Why are these elderly, disabled people still living in medium and maximum-security institutions? Clearly they are not a danger to anybody except perhaps themselves since they are so incapacitated. Why are they not living in minimum security facilities?

sommes en train d'améliorer notre formation pour la santé mentale, non seulement pour les professionnels de la santé, mais également pour les agents de correction. Nous devons vraiment mettre en valeur une équipe intégrée et multidisciplinaire.

En ce qui concerne la formation donnée aux détenus, comme M. Sapers l'a mentionné, on a mis sur pied un programme où ce sont les détenus qui appuient les autres détenus. Dans le domaine de la santé, on voudrait que ce soit également les pairs qui donnent la formation aux autres. Par exemple, pour les Autochtones, on a un programme qui leur est propre.

**Le sénateur Chaput :** Mais vous n'avez pas de programme spécifique pour la santé de la femme, si je comprends bien?

**Mme MacLean :** Notre programme pour les femmes vise plutôt les problèmes de santé mentale. Compte tenu des facteurs que j'ai mentionnés plus tôt et de la demande élevée chez les femmes, par rapport à celle chez les hommes, nous examinons justement s'il faudrait adresser également les besoins sur le plan physique.

[Traduction]

**La présidente :** En moyenne, combien de gens meurent dans les établissements fédéraux dans une année?

**M. Toller :** À cause de l'âge, par suicide ou en moyenne?

**La présidente :** Non, je demande simplement combien meurent en prison chaque année.

**M. Toller :** Entre 50 et 60 détenus meurent en prison, en moyenne, par année.

**M. Sapers :** En moyenne, c'est environ un par semaine. Les suicides interviennent pour environ 12 de ces décès. Nous savons également que la période à haut risque, c'est immédiatement après l'incarcération; cette période initiale après la libération comporte des risques élevés. Comme je l'ai dit, je pense qu'il y a une relation entre les décès dus à des causes naturelles et certaines des préoccupations en matière de soins de santé soulevées par mon bureau.

**La présidente :** Nous avons parlé des besoins en ressources. Nous nous intéressons à cette question particulière parce que, bien que nous sachions que des problèmes liés au vieillissement se font sentir chez tous les détenus au niveau municipal, provincial et fédéral, les détenus incarcérés au fédéral relèvent entièrement de la responsabilité du gouvernement fédéral. Après tout, nous sommes un comité fédéral. Lorsque nous parlons de ressources, nous disons clairement que nous avons besoin de plus d'argent, de plus d'expertise, « et cetera », dans le budget fédéral. Toutefois, en vous écoutant tous, il me semble que vous avez tout un secteur où vous pourriez trouver des ressources à l'intérieur. Pourquoi ces personnes âgées et handicapées vivent-elles encore dans des établissements à sécurité moyenne et maximale? Il est clair qu'elles ne représentent un danger pour personne sauf peut-être elles-mêmes puisqu'elles sont à ce point handicapées. Pourquoi ne vivent-elles pas dans des pénitenciers à sécurité minimale?

**Mr. Toller:** I know that a comment was made and there may be some specifics that need to be looked at. The mobility capacity of any inmate is a factor but not the overarching factor of the capacity to live in minimum security. We ask ourselves questions such as: Is it possible for a person with some mobility impairment to leave that facility? Is it possible, with some external help? We look at escape risk factor, institutional adjustment, potential public safety concerns and other things. Mobility is only one factor considered in terms of transfer.

Again, without having some kind of level of specific example, it is hard to really comment. Nowhere could we ever say that by the mere nature of this, that that would translate into a minimum security until all the factors are considered.

**Ms. Pate:** There is only one minimum-security institution for women in this country. CSC is attempting to close that facility and the woman inmates, most of whom are older, are trying to keep it open.

Often the way women are classified to maximum security is via institutional adjustment. That is often hidden in the issue of institutional adjustment and is not addressed. People with mental health issues or issues like suicide or self-harm, often end up in those institutions because they are not adjusting well. In my experience, it is important they are crucially linked to that kind of access.

I do not know of any aging women that CSC would say are an ongoing risk to the community. If I am wrong, I will stand corrected but I do not know of any aging woman who would fit in that category who could not, as you have identified, fit into an alternate setting.

It is something of an issue with cost. Currently, the cost is \$185,000 per year, on average, to keep a woman behind the walls of a medium security setting. That cost rises to \$250,000 and higher if they are in a maximum security or segregation institution. Currently, minimum security is also that costly because they have not allowed the women to transfer there while they are trying to close it. The numbers are quite high.

**The Chair:** In British Columbia, there was an inmate who applied for parole for health reasons and was denied. He died shortly thereafter because he had significant health problems. Are those the types of things you are trying to address in your recommendation that the CCRA be amended?

**Mr. Sapers:** Without speaking to that specific case, the answer is "yes." What we are trying to ensure is that parole by exception be applied in the most meaningful and helpful way. The Correctional Service of Canada is going through a number of reviews of the tools and the procedures that it uses in terms of placement and assessment, risk prediction, et cetera. Without

**M. Toller :** Je sais qu'une observation a été faite et qu'il y a peut-être des détails précis que nous devrions regarder. La mobilité de tout détenu est un facteur, mais pas un facteur déterminant dans un établissement à sécurité maximale. Nous nous posons des questions du genre : est-il possible pour une personne ayant une mobilité restreinte de quitter cet établissement? Est-ce possible, avec une certaine aide de l'extérieur? Nous examinons le facteur relié au risque d'évasion, l'adaptation au milieu carcéral, les préoccupations potentielles en matière de sécurité publique et d'autres éléments. La mobilité n'est que l'un des facteurs pris en considération pour le transfert.

Encore une fois, sans un certain degré de spécificité, il est difficile de commenter. Il n'y a aucun cas où nous pourrions dire qu'à cause de la nature même de cette situation, cela se traduirait par une incarcération dans un établissement à sécurité minimale jusqu'à ce que tous les facteurs aient été pris en considération.

**Mme Pate :** Il n'y a qu'un seul établissement à sécurité minimale pour les femmes au pays. SCC tente de fermer cet établissement et les femmes détenues, dont la plupart sont âgées, essaient de le garder ouvert.

Souvent, la façon dont les femmes sont classées comme devant être incarcérées dans un établissement à sécurité maximale, c'est par le biais de l'adaptation au milieu carcéral. Cela est souvent caché dans la question de l'adaptation au milieu carcéral et on ne s'occupe pas de cette question. Les personnes ayant des problèmes de santé mentale ou des problèmes comme la tendance au suicide ou à l'automutilation finissent souvent dans ces établissements parce qu'elles ne s'adaptent pas bien. D'après mon expérience, il est important qu'elles soient liées, de manière cruciale, à ce genre d'accès.

Je ne connais pas une seule femme âgée dont SCC pourrait dire qu'elle est un risque continu pour la collectivité. Corrigez-moi si j'ai tort, mais je ne connais pas une seule femme âgée qui entrerait dans cette catégorie qui ne pourrait pas, comme vous l'avez indiqué, vivre dans un autre milieu.

Cela est lié à la question des coûts. À l'heure actuelle, il en coûte en moyenne 185 000 \$ par année pour garder une femme dans un établissement à sécurité moyenne. Ce coût augmente à 250 000 \$ et plus dans un établissement à sécurité maximale ou dans un établissement séparé. À l'heure actuelle, l'établissement à sécurité minimale est aussi coûteux, parce qu'ils ne permettent pas aux femmes d'y être transférées pendant qu'ils cherchent à fermer cet établissement. Les chiffres sont assez élevés.

**La présidente :** En Colombie-Britannique, un détenu a fait une demande de libération conditionnelle pour des raisons de santé et sa demande a été refusée. Il est décédé peu de temps après parce qu'il avait des problèmes de santé importants. Est-ce qu'il s'agit du genre de problèmes que vous essayez de résoudre dans votre recommandation voulant que la LSCMLC soit modifiée?

**M. Sapers :** Sans vouloir parler de ce cas précis, la réponse est oui. Nous essayons de nous assurer que la libération conditionnelle accordée à titre exceptionnel soit appliquée de la manière la plus significative et la plus utile possible. Service correctionnel Canada est en train de réaliser un certain nombre d'examen des outils et des procédures qu'il utilise pour le

getting really weighed down by the details, they need to ensure that the assessment procedures, tools and techniques used are culturally specific, age specific, gender specific, et cetera. In some instances, they have proven not to be.

The kind of release question you were talking about, namely why is an aging offender who is increasingly incapacitated housed in a higher security level is a very complex question. To begin to disassemble it, you have to look at the way the person was originally placed, the kinds of program prescription done and the correctional plan, the kinds of opportunities that were provided to make progress against that correctional plan and a whole host of other operational realities within the correctional setting.

Conversely, what we are seeing is the parole board coming into institutions and releasing individuals from, for example, medium security institutions. Most offenders are housed at medium and most of the conditional releases are from medium security. Some of these same offenders being housed in medium security have been judged to be too high an institutional risk by the Correctional Service of Canada to be moved from a medium to minimum security prison. The Correctional Service of Canada states they are too much of a risk to be managed in a medium security prison, but then the parole board comes in and says they think they are an acceptable risk to be managed in the community. Clearly, there is a disconnect between the two.

**The Chair:** Honourable senators, I am delighted to welcome our second panel.

Appearing on behalf of the Insurance Bureau of Canada is Mark Yakabuski, and from the Federation of Medical Regulatory Authorities of Canada, Fleur-Ange Lefebvre. Welcome to you both.

**Mark Yakabuski, President and Chief Executive Officer, Insurance Bureau of Canada:** Thank you very much, Madam Chair. I am delighted to appear before this committee to address the matter of aging drivers in Canada. I commend you and your colleagues for undertaking the study of this very challenging issue.

The Insurance Bureau of Canada is the national industry association representing Canada's private home care and business insurers. Our member companies represent nearly 95 per cent of the property and casualty insurance market in Canada, an industry that employs over 104,000 Canadians, pays more than \$6 billion in taxes to the federal and provincial governments annually and has a total premium base of \$35 billion, approximately half of which is derived from automobile insurance.

placement, les évaluations, la prévision du risque, « et cetera ». Sans s'embourber inutilement dans les détails, il doit s'assurer que les procédures, les outils et les techniques d'évaluation utilisés sont adaptés à la culture, à l'âge, au sexe, « et cetera ». Dans certains cas, il a été démontré qu'ils ne l'étaient pas.

Le genre de questions sur la libération dont vous parlez, à savoir pourquoi un délinquant vieillissant qui est de plus en plus handicapé est incarcéré dans un établissement à sécurité plus élevée est une question très complexe. Pour commencer à la décortiquer, vous devez examiner la façon dont la personne a été placée initialement, le genre de sélection de programmes qui a été fait et le plan correctionnel, le genre d'occasions qui ont été mises à la disposition du détenu pour qu'il fasse des progrès par rapport à ce plan correctionnel et tout un ensemble d'autres réalités opérationnelles au sein du milieu correctionnel.

De la même manière, ce que nous voyons, c'est la commission des libérations conditionnelles se présenter dans les établissements et libérer des détenus, par exemple, venant d'établissements à sécurité moyenne. La plupart des délinquants sont détenus dans des établissements à sécurité moyenne et la plus grande partie des libérations conditionnelles touchent des détenus provenant de ces établissements. Certains de ces mêmes délinquants qui sont détenus dans des établissements à sécurité moyenne ont été jugés par Service correctionnel Canada comme posant un risque institutionnel trop élevé pour accepter qu'ils soient transférés d'un établissement à sécurité moyenne vers un établissement à sécurité minimale. Service correctionnel Canada affirme qu'ils constituent un risque trop élevé pour être gérés dans un pénitencier à sécurité moyenne, mais la commission des libérations conditionnelles se pointe et dit qu'elle pense que ces détenus constituent un risque acceptable qui peut être géré dans la collectivité. Il est clair qu'il y a une incohérence entre les deux.

**La présidente :** Honorables sénateurs, je suis heureuse d'accueillir notre deuxième groupe de témoins.

Nous accueillons M. Mark Yakabuski du Bureau d'assurance du Canada et Mme Fleur-Ange Lefebvre de la Fédération des ordres des médecins du Canada.

**Mark Yakabuski, président et chef de la direction, Bureau d'assurance du Canada :** Merci beaucoup, madame la présidente. Je suis ravi de m'adresser à votre comité pour vous parler de la question du vieillissement des conducteurs au Canada. Je vous félicite, vous et vos collègues, d'avoir entrepris l'étude de cet enjeu des plus fascinants.

Le Bureau d'assurance du Canada est l'association sectorielle nationale qui représente les assureurs habitation, automobile et entreprise du Canada. Nos sociétés membres représentent près de 95 p. 100 du marché de l'assurance de dommages au Canada, une industrie qui compte plus de 104 000 Canadiens à son emploi, paie plus de 6 milliards de dollars en taxes et impôts aux gouvernements fédéral et provinciaux, repose sur un total de primes de près de 35 milliards de dollars, dont environ la moitié provenant de l'assurance-automobile.

At the Insurance Bureau of Canada, we strongly prefer to refer to medically-at-risk drivers, since the issue at hand is not the age of drivers, per se, but the limitations they may face as a result of the onset of medically identifiable conditions.

We understand that there is a correlation between aging and the growing incidence of medical conditions that can undermine one's ability to drive safely. We know, for example that visual acuity diminishes with age and that medical conditions such as dementia or Alzheimer's are more prominent among older populations and significantly impair the cognitive abilities that are essential for the safe operation of a motor vehicle. As well, older drivers are more likely to be on medications and the interaction of various prescriptions can impair cognitive and psychomotor skills.

Because Canada's population is aging, we have to look at the issue of medically-at-risk drivers more closely than ever. As we know, the population of people who are 55 years of age and over is growing faster than any other age group in Canada. In 2005, 12 per cent of our population was 55 year of age or older and this will grow to 25 per cent by 2031.

*[Translation]*

Even more challenging, the fastest growth in the senior population is among those who are 85 years and older. In 2001, there were 430,000 Canadians in this group, twice the number there were 20 years ago.

Fortunately, many of these Canadians, who have contributed so much to their country, can now live very independent lives, thanks to healthier lifestyles and important advances in medicine.

*[English]*

It is important to recognize that older drivers, in general, are among the safest drivers on our roads. In fact, the collision rate for drivers between 55 years and 70 years is the lowest of any age group in Canada, bar none. What the data does seem to indicate, however, is that the incidence of medically limiting conditions rises substantially above 75 years of age; in general, drivers of this age or older have a much higher collision rate — one that is very similar to that of young novice drivers. However, we have to be careful not to base our analysis strictly on averages. While the incidence of medically limiting conditions may increase with age, the aging process does not affect all individuals in the same way. Some seniors at 80 years of age are distinctly better drivers than someone who may be only half their age.

We must also recognize that in our society, driving is more than just a privilege; it is a powerful symbol of freedom and independence. The loss of driving privileges can have serious

Au Bureau d'assurance du Canada, nous préférons grandement parler de conducteurs présentant un risque médical puisque ce qui nous préoccupe n'est pas tellement la question de l'âge des conducteurs, mais plutôt les restrictions auxquelles ces derniers peuvent faire face à la suite de l'apparition d'une pathologie médicalement identifiable.

Nous comprenons qu'il y a une corrélation entre le vieillissement et l'incidence croissante de problèmes médicaux qui peuvent entraver la capacité de conduire de manière sécuritaire. Nous savons, par exemple, que l'acuité visuelle diminue avec l'âge. Des maladies telles que la démence et l'Alzheimer se présentent fréquemment chez les aînés et elles affectent largement les fonctions cognitives essentielles à la conduite sécuritaire de véhicules à moteur. Dans le même ordre d'idée, il est fort probable qu'un conducteur plus âgé fasse usage de médicaments et que l'interaction de diverses prescriptions entrave également ses capacités cognitives et psychomotrices.

Le vieillissement de la population au Canada nous amène à évaluer plus que jamais la question des conducteurs présentant un risque médical. Nous savons que la cohorte des 55 ans et plus est celle qui a la croissance la plus rapide par rapport à toutes les autres tranches d'âge. En 2005, ce groupe représentait environ 12 p. 100 de la population et il atteindra 25 p. 100 d'ici 2031.

*[Français]*

Fait encore plus troublant, chez les aînés, la croissance la plus rapide se trouve dans la catégorie des 85 ans et plus. En 2001, 430 000 Canadiens appartenaient à ce groupe, c'est-à-dire le double de ce qu'il était il y a 20 ans.

Heureusement, bon nombre de ces Canadiens, qui ont d'ailleurs apporté une énorme contribution à notre pays, peuvent maintenant vivre de manière autonome, grâce à un régime de vie plus sain et aux progrès remarquables de la médecine.

*[Traduction]*

Il ne faut pas oublier qu'en règle générale, les conducteurs plus âgés sont en fait ceux qui circulent sur nos routes de la manière la plus sécuritaire. En fait, le taux de collision des conducteurs qui ont entre 55 et 70 ans est le plus bas de tous les groupes d'âges au Canada, sans exception. Ce que les données semblent nous indiquer, par contre, c'est que l'apparition de problèmes médicaux restrictifs augmente de manière significative après l'âge de 75 ans. Généralement, les conducteurs de 75 ans ou plus ont un taux de collision plus élevé qui est très similaire à celui des jeunes conducteurs novices. Nous devons toutefois éviter de fonder notre analyse uniquement sur les moyennes. Bien que l'incidence de problèmes médicaux restrictifs puisse augmenter avec l'âge, le processus de vieillissement n'affecte pas toutes les personnes de la même manière. Certains conducteurs aînés âgés de 80 ans sont de bien meilleurs conducteurs que d'autres personnes qui ne sont que dans la quarantaine.

Nous devons également reconnaître que, dans notre société, la conduite d'un véhicule est plus qu'un privilège, c'est un symbole très percutant de liberté et d'indépendance. La perte de ce

psychological consequences for those affected and increase dramatically the social isolation experienced by many. That is why we must take a very thoughtful, yet determined look at the issue of medically-at-risk drivers.

Today I would like to focus on three areas around which potential solutions need to be built: the identification of at-risk drivers; licensing procedures; and the provision of alternative transportation.

Since the issue at hand is really that of medically identifiable conditions that impair one's ability to drive safely, the paramount challenge is to properly identify those who are affected. One option that has been advocated by many, and is in place in a number of jurisdictions, is mandatory testing of drivers after a certain age. It remains to be seen whether such an approach has had any positive results in diminishing the collision rates of older drivers.

One of the problems with mandatory testing is that the test itself represents only a snapshot in time and does not assist in identifying the onset of medical conditions that could affect one's driving ability. Moreover, mandatory testing perpetuates the myth that all older drivers are bad drivers, and that is simply not the case.

[*Translation*]

Instead, we believe that an important part of addressing the issue of declining abilities to drive lies with clarifying the role of physicians — and I am well aware that we have physicians with us here today — in reporting medical conditions which can have a debilitating effect on driving abilities.

[*English*]

In many jurisdictions, medical doctors are required to report to licensing authorities when they are of either the opinion that their patient is temporarily or permanently suffering from a condition that does not allow the patient to drive safely. This regime places physicians in an almost impossible situation. They are asked to deprive a patient of the freedom and independence associated with driving.

In my opinion a much more objective approach would be to define in legislation those specific medical conditions that are known to impair one's driving, either immediately or in time, and to ask doctors simply to report the presence of these conditions to the appropriate licensing authorities. It should be up to these licensing authorities, not physicians, to decide whether the individual reported to be suffering from one or more of these defined conditions should be tested for their fitness to drive.

privilege peut entraîner des conséquences psychologiques graves pour les personnes touchées, en plus d'accroître leur isolement social dans bien des cas. C'est pour ces raisons que nous devons faire preuve de compassion mais également de détermination lorsque nous examinons l'enjeu des conducteurs présentant un risque médical.

J'aimerais aujourd'hui mettre l'accent sur trois secteurs où il sera nécessaire d'élaborer des solutions possibles : l'identification des conducteurs présentant un risque, les procédures relatives à l'émission des permis de conduire et la disponibilité de divers moyens de transport.

Puisque l'enjeu réside véritablement dans les problèmes médicalement identifiables qui entravent la capacité pour une personne de conduire en toute sécurité, le défi le plus important est d'identifier comme il se doit les personnes touchées. Une des options préconisées par de nombreuses personnes est d'ailleurs en place dans plusieurs entités administratives. Il s'agit de l'examen obligatoire de conduite après un certain âge. Reste à voir si une telle approche a eu des résultats positifs au chapitre de la diminution du taux de collision parmi les conducteurs plus âgés.

Un des problèmes posés par l'examen obligatoire est que l'examen en soi n'est qu'un instantané de la situation à un moment donné et qu'il n'aide pas à reconnaître l'apparition d'un problème médical qui pourrait affecter la capacité de conduire. De plus, l'examen obligatoire ne fait que perpétuer le mythe que tous les conducteurs âgés sont de mauvais conducteurs, ce qui est tout simplement faux.

[*Français*]

Nous croyons plutôt qu'une part importante de la solution au problème du déclin de la capacité de conduire réside dans le rôle du médecin — et je sais fort bien que nous avons des médecins parmi nous aujourd'hui. Ce dernier devrait être plus clair au chapitre de la déclaration des problèmes médicaux susceptibles d'entraver la capacité de conduire.

[*Traduction*]

Dans de nombreuses entités administratives, les médecins doivent signaler aux organismes de délivrance des permis les patients qui à leur avis souffrent, que ce soit temporairement ou de manière permanente, d'une maladie qui ne leur permet pas de conduire en toute sécurité. Ce régime place des médecins dans une situation quasi impossible, car on leur demande effectivement de priver leurs patients de la liberté et de l'indépendance liées à la conduite d'un véhicule.

À mon avis, une approche beaucoup plus objective consisterait à définir dans la loi des problèmes médicaux précis qui sont reconnus, que ce soit dans l'immédiat ou avec le temps, comme pouvant empêcher la conduite sécuritaire et à demander tout simplement aux médecins d'en signaler la présence aux organismes de délivrance de permis appropriés. Il reviendrait à ces organismes, et non pas aux médecins, de décider si une personne qui vient d'être signalée comme souffrant d'un de ces problèmes médicaux devrait ou non subir un examen pour vérifier sa capacité de conduire.

In addition, police, social service agencies and families need to have a continuing role in identifying drivers whose abilities to drive have declined significantly. Police officers, for example, need to pay greater attention to erratic drivers on our roads. The police are on the front lines of witnessing the performance of drivers who might be suffering from a medical condition that impairs their ability to drive. Equally, social service agencies have an opportunity to help to ensure safer roads as they are regularly interacting with clients who require home support services for impairments that might affect the ability to drive as well. Finally, families have a difficult but an essential role to play in making sure that when their loved ones develop impairing conditions, they not threaten their own safety and that of others on our roads.

[Translation]

There are no perfect mechanisms for the early identification of problem cases. Nevertheless, we believe, with this clarified and concerted effort among physicians, police, social service agencies and families, along with provincial licensing authorities, that we will dramatically improve our ability to identify medically-at-risk drivers. In that way, we can prevent their behaviour from having tragic consequences.

[English]

Once a medically-at-risk driver has been identified, it is not necessarily the case that all driving privileges need to be withdrawn. This is especially the case if identification occurs in the onset of impairing conditions. A number of research institutes in Canada and elsewhere have developed objective testing methodologies that identify the particular driver limitations that medically-at-risk drivers might face.

On the basis of this kind of information, they can determine what specific restrictions need to be imposed on those drivers in order to ensure their safe operation of a vehicle. Examples of such restrictions might include a prohibition on night driving or driving at rush hour or on freeways.

At the Insurance Bureau of Canada, we recommend that specific driver restrictions be given serious consideration by this committee and by provincial licensing authorities in the case of medically-at-risk drivers. However, this approach needs to be supported by following those drivers on a regular basis to determine whether their medical condition is improving, remaining stable or deteriorating. If a person's condition improves, some or all of the driving restrictions could be lifted. If a person's condition deteriorates, however, further driving restrictions would be appropriate and the complete loss of driving privileges would be possible if a person's impairment became

De plus, les corps policiers, les agences de services sociaux et les familles ont aussi un rôle important à jouer; il leur incombe de signaler les conducteurs dont les aptitudes de conduite ont décliné de manière significative. Les policiers, par exemple, doivent porter une attention particulière aux conducteurs qui ont une conduite dangereuse. En effet, ils sont les mieux placés pour déceler la performance des victimes d'un problème médical qui affecterait négativement leurs aptitudes au volant. De la même manière, les agences de services sociaux peuvent aider à rendre les routes plus sécuritaires puisqu'elles sont régulièrement en contact avec des clients qui ont besoin de services de soutien à domicile, souffrant de handicaps qui pourraient également affecter leur capacité de conduire. Enfin, les familles ont un rôle difficile mais essentiel à jouer. En effet, elles doivent s'assurer que la sécurité de leurs êtres chers et celle des autres personnes qui circulent sur nos routes ne sont pas mises en péril par un handicap ou un problème médical qu'auraient développé leurs proches.

[Français]

Il n'y a pas de mécanisme parfait pour identifier les cas problèmes. Néanmoins, nous croyons que grâce à ces efforts concertés et clairement définis de la part des médecins, des policiers, des agences de services sociaux et des familles, de même que des organismes de délivrance des permis de conduire, nous serons témoins d'une amélioration significative au chapitre de l'identification des conducteurs présentant un risque médical. Ainsi, nous éviterons que leur comportement entraîne des événements tragiques.

[Traduction]

Une fois qu'un conducteur a été identifié comme présentant un risque médical, il n'est pas toujours nécessaire de lui retirer tous ses privilèges de conduite. C'est particulièrement le cas lorsque l'identification a lieu peu de temps après l'apparition du problème médical. De fait, un certain nombre d'instituts de recherche au Canada et ailleurs dans le monde ont élaboré des méthodologies d'examen objectif qui visent à identifier les limites particulières chez un conducteur qui présente un risque médical.

En se fondant sur ces renseignements, on peut déterminer les restrictions précises à lui imposer afin de s'assurer qu'il conduit son véhicule en toute sécurité. Ces restrictions pourraient être, par exemple, l'interdiction de conduire la nuit, ou à l'heure de pointe, ou encore sur une autoroute.

Le Bureau d'assurance du Canada recommande que les restrictions particulières de conduite soient sérieusement prises en considération par les organismes provinciaux de délivrance de permis de conduire dans le cas de conducteurs présentant un risque médical. Cette approche doit toutefois être appuyée par un suivi effectué auprès d'eux sur une base régulière afin de déterminer si le problème médical s'améliore, demeure stable ou se détériore. Dans le premier cas, certaines restrictions, ou la totalité de celles-ci, pourraient être levées. Dans le dernier cas, par contre, d'autres restrictions concernant la conduite d'un véhicule pourraient s'avérer appropriées, y compris la perte de tous les

serious enough to compromise both the individual's safety and that of the motoring public.

The idea is to encourage early action in identifying the onset of medical conditions as opposed to waiting until the conditions become debilitating and necessitate the sudden removal of driving privileges, which can cause very negative psychological and social consequences for those affected.

In cases where a medically-at-risk driver eventually faces the complete loss of driving privileges, we need to find innovative ways of offering support and alternative transportation to them and to their families. The easy answer would be to promote the use of public transit, for example. However, the reality is much more complex than this. Adequate public transit simply does not exist in many rural and suburban areas of this country. Currently, medically-at-risk drivers who have lost their licenses have to rely almost exclusively on the generosity of neighbours, family and friends to help them get around. For families who play this critical role in providing transportation, it can sometimes represent a major financial burden. I believe that consideration needs to be given by our governments to providing fiscal incentives to those who assist in providing alternative transportation to medically-at-risk drivers.

[*Translation*]

Honourable senators, I have tried today to present some elements in the challenge of medically-at-risk drivers in Canada. This is not the entire solution, but I still wanted to describe the key elements. I have suggested that early identification is critical and requires a team approach involving medical professionals, police forces, social service agencies and family members.

[*English*]

Early identification would allow us to introduce a system of supervised driver restrictions for those suffering from medical impairments. We need to provide greater support to those who bear the burden of providing alternative transportation to medically-at-risk drivers who have lost their driving privileges.

Madam Chair, these issues need to be addressed resolutely as Canada faces profound demographic changes that will become all the more acute in the years to come. The Insurance Bureau of Canada is determined to work with all key stakeholders to ensure the safety of our nation's roads and to encourage the development of proper supports for medically-at-risk drivers.

**Fleur-Ange Lefebvre, Executive Director and Chief Executive Officer, Federation of Medical Regulatory Authorities of Canada:** Madam chair, committee members, I thank you for the

privileges de conduite si le handicap demeure suffisamment grave pour compromettre la sécurité du conducteur même et des citoyens qui circulent sur la voie publique.

Ici l'idée est d'encourager la prise de mesures dès l'apparition des problèmes médicaux plutôt que d'attendre qu'ils deviennent incapacitants et que l'unique solution consiste alors en la révocation des privilèges de conduite, avec les conséquences psychologiques et sociales négatives que cela entraîne pour les personnes touchées.

Lorsqu'un conducteur présentant un risque médical se voit révoquer tous ses privilèges de conduite, il faut trouver des solutions innovatrices pour lui offrir du soutien et lui procurer des moyens de transport, personnellement ainsi qu'aux membres de sa famille. La réponse la plus simple serait de se tourner dans le transport en commun ou les voitures-taxis. Mais la réalité est beaucoup plus complexe. Les transports en commun adéquats sont inexistant dans plusieurs régions rurales et banlieues du pays. À l'heure actuelle, les conducteurs présentant un risque médical qui ont perdu leur permis de conduire doivent compter exclusivement sur la générosité de leurs voisins et amis, et de leur famille pour se déplacer. Dans le cas des familles qui jouent ce rôle essentiel, cela représente dans certains cas un important fardeau financier. Il faudrait peut-être envisager des mesures d'encouragement fiscal pour ceux qui viennent en aide aux conducteurs qui présentent un risque médical en leur procurant un autre moyen de transport.

[*Français*]

Honorables sénateurs, j'ai voulu aujourd'hui porter à votre attention certains éléments du défi que posent les conducteurs présentant un risque médical au Canada. Ce n'est pas toute la solution, mais j'ai voulu quand même vous apporter des éléments importants. J'ai suggéré que les problèmes médicaux soient identifiés tôt, grâce à l'aide concertée des praticiens de la santé, du corps policier, des agences de services sociaux et des membres de la famille.

[*Traduction*]

L'identification précoce pourrait nous permettre de mettre sur pied un système de restrictions supervisées pour les personnes victimes de problèmes médicaux. Nous devons fournir un meilleur appui aux personnes qui assument le fardeau de fournir d'autres moyens de transport à ceux qui ont perdu leurs privilèges de conduite.

Madame la présidente, alors que le Canada fait face à de profonds changements démographiques, il est impératif de régler ces problèmes qui deviendront de plus en plus aigus dans les années à venir. Le Bureau d'assurance du Canada est déterminé à collaborer avec tous les intervenants clés pour faire en sorte que nos routes soient sécuritaires et à encourager la création d'un soutien approprié pour les conducteurs présentant un risque médical.

**Fleur-Ange Lefebvre, directrice générale et chef de la direction, Fédération des ordres des médecins du Canada :** Madame la présidente, membres du comité, je veux vous remercier de

opportunity to speak to you this afternoon. I am the Executive Director and Chief Executive Officer of the Federation of Medical Regulatory Authorities of Canada, FMRAC.

I address you today on behalf of FMRAC and its 13 members, which are the provincial and territorial medical and regulatory authorities. You might be more familiar with our members in each of the provinces under the name, College of Physicians and Surgeons of . . . and just tack on the name of the province. We thank and applaud the Senate and this committee for addressing the important issue of aging in Canada and, in particular, the aging workforce. I will address two aspects of this issue. Note that I will not address the role of physicians in safe driving as the Canadian Medical Association had an opportunity to present on that topic one week ago today.

I will address physicians in practice and health care concerns. Under physicians in practice, I will address two issues: audits and questionnaires, and revalidation. I will begin with audits and questionnaires.

Self-regulation of the medical profession is a privilege granted in the public interest and for the public good. Our members have been granted this privilege to serve the public through the regulation of medical practice by licensed medical practitioners and through that mandate to establish and endorse standards for the profession and to monitor, evaluate and where necessary, bring its members to discipline.

All physicians, regardless of age, are held to the same standard of practice. Traditionally, for the most part, mandatory retirement has not applied to practicing physicians. Thus, our members, the Colleges of Physicians and Surgeons, have some experience in dealing with older physicians who continue to provide care to patients. Their approaches can vary from doing nothing special compared to what is done for other physicians, to very specific policies. I will provide several examples.

Most medical regulatory authorities have a peer review process which involves random practice audits and/or surveys of a physician's stakeholder group which normally includes patients, colleagues, team members and others as needed or as pertains to a specific practice environment.

The College of Physicians and Surgeons of Manitoba, through its standards department, has for many years reviewed the practices of older physicians. Until recently, this review was conducted on all physicians who reached the age of 70. If the audit was acceptable, the physician was once again reviewed each five years.

This college did a review of the literature fairly recently and determined through the literature that the appropriate age of initial audit for older physicians, all things being equal,

l'occasion de prendre la parole devant vous cet après-midi. Je suis directrice générale et chef de la direction de la Fédération des ordres des médecins du Canada, FOMC.

Je vous parle aujourd'hui au nom de la FOMC et de ses 13 membres, qui sont les ordres des médecins des provinces et des territoires. Il se pourrait que vous connaissiez mieux nos membres dans chacune des provinces sous le nom d'Ordre des médecins... et il suffit ensuite d'apposer le nom de la province. Nous remercions et félicitons le Sénat et ce comité de traiter de la question importante du vieillissement au Canada et, en particulier, du vieillissement de la main-d'oeuvre. Je vais traiter de deux aspects de cette question. Veuillez noter que je ne parlerai pas du rôle des médecins concernant la conduite sécuritaire étant donné que l'Association médicale canadienne a eu l'occasion de présenter un exposé sur cette question la semaine dernière.

Je vais parler des préoccupations concernant les médecins dans leur pratique et les soins de santé. En ce qui concerne les médecins dans leur pratique, je parlerai de deux questions : les vérifications et les questionnaires, et la revalidation.

L'autoréglementation de la profession médicale est un privilège accordé dans l'intérêt public et pour le bien public. Nos membres se sont vus accorder ce privilège pour servir le public par la réglementation de la pratique médicale par des médecins possédant un permis de pratiquer et par le mandat d'établir et d'appuyer des normes pour la profession et de surveiller, d'évaluer et, le cas échéant, de discipliner ses membres.

Tous les médecins, quel que soit leur âge, sont tenus de respecter les mêmes normes de pratique. Traditionnellement, dans la plupart des cas, la retraite obligatoire n'a pas été appliquée aux médecins pratiquants. Ainsi, nos membres, les ordres des médecins, ont une certaine expérience lorsqu'il s'agit de traiter avec des médecins plus âgés qui continuent de donner des soins aux malades. Leur approche peut varier depuis le fait de ne rien faire de particulier comparativement à ce qui se fait pour tous les autres médecins, jusqu'à des politiques bien précises. Je vais donner plusieurs exemples.

La plupart des autorités de réglementation médicale disposent d'un processus d'examen par les pairs qui comporte des vérifications ou des sondages aléatoires, ou les deux, qui font intervenir un groupe de personnes liées au médecin concerné comprenant normalement des patients, des collègues, des coéquipiers et d'autres personnes au besoin ou selon le milieu de pratique précis.

Le Collège des médecins et chirurgiens du Manitoba, par l'intermédiaire de son service des normes, a examiné depuis de nombreuses années la pratique des médecins plus âgés. Jusqu'à récemment, cet examen était réalisé pour tous les médecins qui atteignent l'âge de 70 ans. Si la vérification donne des résultats acceptables, le médecin fait l'objet d'un nouvel examen tous les cinq ans.

Ce collège a fait un examen de la documentation assez récemment et a déterminé que l'âge approprié pour la vérification initiale des médecins plus âgés, toutes choses étant

is 75 years. It is generally accepted that most physicians can practice safely until that age.

The College of Physicians and Surgeons of British Columbia performs random audits. In addition, their Committee on Office Medical Practice Assessment has reviewed the office practices of all physicians over the age of 60. I often say when you visit one medical regulatory authority you have visited one medical regulatory authority; we have great variation across the country. The CPSBC continues to do these audits as physicians reach that age. However, at this moment, has no specific schedule to revisit the practice of those physicians who had a favourable audit at the age of 60. CPSBC has other quality assurance activities in place such as prescription reviews. Unlike random audits which are very resource intensive, these other forms of quality assurance can be employed to a greater number of practices on a more frequent basis.

In Ontario, the CPSO carries out peer assessments on all physicians at the age of 70 with follow-ups every five years after that. Nova Scotia, the Yukon and Prince Edward Island have no specific policies pertaining to the competency of physicians over a specific age. While Alberta also does not specifically target physicians for a peer review or closer look at the practice based on age, it has established a program that has garnered a lot of attention called the Physician Achievement Review or PAR Program. PAR uses questionnaires to review all physicians every five years. These questionnaires are completed by patients, colleagues and co-workers. In this, and in other jurisdictions, the medical regulatory authority is sometimes alerted to possible competency issues through the Triplicate Prescription Program, which tracks the prescribing and dispensing of a set of drugs, primarily narcotics and others, that have the potential for abuse. Here again, this applies to all physicians, not only physicians over a certain age.

For more than 10 years now, the Collège des médecins du Québec or CMQ has been conducting site visits for physicians who have been in practice for more than 40 years, with follow-up visits every three to four years if there are no problems.

We have often talked about the Top 40 Under 40 for young achievers. Quebec has now reached 80 over 80; they have 86 physicians practicing who are over the age of 80.

When audits are conducted and deficiencies of concern are recognized, recommendations for improvement or change are made to the physician. Follow-up audits are scheduled

égales par ailleurs, est de 75 ans. Il est généralement admis que la plupart des médecins peuvent pratiquer de manière sécuritaire jusqu'à cet âge.

Le College of Physicians and Surgeons of British Columbia effectue des vérifications aléatoires. De plus, son Committee on Office Medical Practice Assessment a examiné les pratiques en cabinet de tous les médecins âgés de plus de 60 ans. Je dis souvent que lorsque vous visitez un organisme de réglementation médicale, vous avez visité un organisme de réglementation médicale; il existe une grande variation à l'échelle du pays. Le CPSBC continue de faire ces vérifications dès que les médecins atteignent cet âge. Toutefois, à l'heure actuelle, il n'a pas de calendrier précis pour réexaminer la pratique des médecins pour qui la vérification a donné des résultats favorables à l'âge de 60 ans. Le CPSBC a d'autres activités d'assurance de la qualité en place comme les vérifications des prescriptions. Contrairement aux vérifications aléatoires qui exigent beaucoup de ressources, il existe d'autres méthodes d'assurance de la qualité qui peuvent être utilisées pour un plus grand nombre de pratiques sur une base plus fréquente.

En Ontario, le Collège des médecins et chirurgiens de l'Ontario effectue des évaluations par les pairs de tous les médecins à l'âge de 70 ans, et tous les cinq ans par la suite. La Nouvelle-Écosse, le Yukon et l'Île-du-Prince-Édouard n'ont pas de politique précise concernant la vérification des compétences des médecins à un âge particulier. Bien que l'Alberta non plus ne cible pas spécifiquement les médecins pour un examen par les pairs ou n'examine pas de manière plus précise la pratique en fonction de l'âge, cette province a mis sur pied un programme appelé Physician Achievement Review, ou PAR, qui a attiré beaucoup d'attention. Dans le cadre de ce programme, on utilise des questionnaires pour examiner tous les médecins tous les cinq ans. Ces questionnaires sont remplis par les patients, les collègues et les coéquipiers. Dans cette province, et dans d'autres entités administratives, les autorités de réglementation médicale sont parfois averties de l'existence de problèmes de compétence possibles par l'intermédiaire du Triplicate Prescription Program, qui assure le suivi de la prescription et de la distribution d'un ensemble de médicaments, surtout les stupéfiants et d'autres médicaments qui présentent un potentiel d'abus. Encore une fois, cela s'applique à tous les médecins et non pas seulement aux médecins qui ont atteint un certain âge.

Depuis plus de 10 ans maintenant, le Collège des médecins du Québec, ou CMQ, effectue des visites sur place dans le cas des médecins qui pratiquent depuis plus de 40 ans; s'il n'y a pas de problèmes, il y a des suivis tous les trois ou quatre ans par la suite.

Nous parlons souvent des top 40 de moins de 40 ans. Le Québec a maintenant atteint le top 80 de plus de 80 ans; la province compte 86 médecins pratiquants qui sont âgés de plus de 80 ans.

Lorsque des vérifications sont effectuées et que des lacunes préoccupantes sont décelées, des recommandations concernant les améliorations ou les modifications à apporter sont faites au

appropriately. Conversely, when the audits indicate all is well, the physicians are congratulated and commended.

It is important to remember that medical regulatory authorities have extensive discretionary powers and will often meet with the physician to discuss a particular situation before it becomes a problem. Through this and other mechanisms, older physicians may be encouraged to limit or leave practice as appropriate under the circumstances.

It is also important to note that there are other mechanisms in place that also address this issue that are beyond the purview of the medical regulatory authority such as hospital privileges that are granted to physicians by each health care institution. These institutions have their own policies.

I now want to shift to revalidation, which is recent in the world of medical regulation. Recently, FMRAC and its members have embraced the concept of revalidation of licensure in Canada, not re-licensure and not recertification. Revalidation is a quality assurance process in which members of a provincial or territorial medical regulatory authority are required to provide satisfactory evidence of their commitment to continued competence in their practice. The word “required” is important.

The purpose is to reaffirm in a framework of professional accountability that physicians’ competence and performance are maintained in accordance with professional standards. It is also staged to assess and confirm that over time, our learning changes, medical knowledge increases, and it is up to the physicians to show that they have kept up.

FMRAC’s position statement on this issue is that the stage of endorsement by each of the provincial and territorial medical regulatory authorities, and the feedback received is positive, revalidation will apply to every practicing physician and will help all medical practitioners make practice-relevant decisions and improvements.

The position statement states that all licensed physicians in Canada must participate in a recognized revalidation process in which they demonstrate their commitment to continued competent performance in a framework that is fair, relevant, inclusive, transferable and formative.

By “fair,” we mean the process is transparent to the physician, uses fair and standardized tools and is considerate of cost and administrative burden to the physician. We are in a time of physician shortages and do not want to give physicians something too burdensome to do.

The second principle is “relevant.” The process of revalidation is designed to confirm a physician’s competence within the scope of his or her practice. This will apply to aging physicians. As they

médecin concerné. Des vérifications de suivi sont prévues de manière appropriée. De la même manière, lorsque les vérifications indiquent que tout va bien, les médecins sont félicités.

Il est important de se rappeler que les autorités de réglementation médicale ont des pouvoirs discrétionnaires étendus et qu’elles rencontreront souvent un médecin pour discuter d’une situation particulière avant que cela ne devienne un problème. Par ce mécanisme et d’autres encore, les médecins plus âgés peuvent être encouragés à limiter leur pratique ou à quitter la pratique, selon ce qui est approprié dans les circonstances.

Il est également important de noter qu’il y a d’autres mécanismes en place pour traiter de cette question qui ne sont pas du ressort des autorités de réglementation médicale comme les droits hospitaliers qui sont accordés aux médecins par chaque établissement de soins de santé. Ces établissements ont leur propre politique.

Je veux maintenant parler de la revalidation, quelque chose de récent dans le monde de la réglementation médicale. Récemment, la FMOC et ses membres ont endossé le concept de revalidation du permis d’exercer au Canada, et non pas le renouvellement du permis ni la recertification. La revalidation est un processus d’assurance qualité dans le cadre duquel les membres d’une autorité de réglementation médicale provinciale ou territoriale sont tenus de fournir des preuves satisfaisantes de leur engagement à maintenir des compétences dans leur pratique. Le mot « tenus » est important.

Le but de l’exercice est de réaffirmer dans un cadre de responsabilisation professionnelle que les compétences et le rendement des médecins sont maintenus conformément aux normes professionnelles. Cet exercice est également conçu pour évaluer et confirmer qu’avec le temps, notre apprentissage change, les connaissances médicales augmentent, et qu’il appartient aux médecins de démontrer qu’ils ont maintenus leurs connaissances à jour.

L’énoncé de position de la FOMC sur cette question, c’est que le degré d’appui de chacune des autorités de réglementation médicale provinciales et territoriales et la rétroaction reçue étant positifs, la revalidation s’appliquera à tous les médecins pratiquants et les aidera à prendre des décisions et à apporter des améliorations pertinentes à leur pratique.

L’énoncé de position affirme que tous les médecins autorisés au Canada doivent participer à un processus de revalidation reconnu dans le cadre duquel ils feront la démonstration de leur engagement face à un rendement compétent continu dans un cadre qui est juste, pertinent, inclusif, transférable et formateur.

Par « juste », nous entendons un processus qui est transparent pour le médecin, faisant appel à des outils justes et normalisés et qui tient compte du coût et du fardeau administratif pour le médecin. Nous sommes à une époque de pénurie de médecins et nous ne voulons pas lui imposer quelque chose de trop lourd.

Le second principe est la « pertinence ». Le processus de revalidation est conçu pour confirmer la compétence du médecin dans le cadre de sa pratique. Il s’appliquera aux médecins âgés. En

get older, physicians often realize that their entire scope of practice is no longer possible. We can ask Senator Keon what happens to surgeons when their fine motor skills begin to degenerate. They will usually self-identify to the regulatory authority and to the institution where they practice. This for the most part is something that is done well and in advance of a problem occurring. It also means that a family physician who does not do intrapartum obstetrics is not asked to revalidate in that area which he or she does not practice. It must be relevant to what they do.

By “inclusive,” we mean that revalidation applies to all licensed physicians, even if their practice is mostly of an administrative nature. They must engage in revalidation.

“Transferable” means that participation in the process of revalidation will be mutually recognized by each Canadian jurisdiction and will not inhibit mobility in Canada.

Finally, “formative” refers to the process of revalidation as a constructive, educational, quality assurance process, independent and distinct from the disciplinary processes of the regulatory authorities.

I want to end on the health care requirements of the aging population with a plea to the federal government to pay attention to the growing health care needs of all Canadians as we grow older and particularly to those of an aging work force. With a significant number of people remaining on the job for longer, there will be different and possibly more health care requirements. In times of physician shortages, more physicians will remain on the job as they grow older. With an aging population, these physicians will deal with more complex cases. They and other health care providers must also have access to services for themselves so they can remain as healthy as possible. On behalf of FMRAC and its members, I thank the committee for this opportunity.

**Senator Mercer:** I thank you both for being here.

Mr. Yakabuski, you have described graduated licences, something that is used in some provinces for licensing younger drivers. Perhaps we can call the revoking of driving privileges to be diminished licensing.

How do you see graduated or diminished licences for people whose ability to drive has worsened being policed, and how do we identify them? Will we require people to put identification on their car as they do in some places for people learning to drive?

vieillissant, les médecins se rendent souvent compte qu’il n’est pas possible de maintenir toute l’étendue de leur pratique. Nous pouvons demander au sénateur Keon ce qui arrive aux chirurgiens lorsque leur motricité fine commence à dégénérer. Ils vont habituellement le signaler eux-mêmes aux autorités de réglementation ou à l’établissement où ils pratiquent. Il s’agit, en plus grande partie, de quelque chose qui est bien fait et qui se fait avant qu’un problème survienne. Cela signifie également qu’on ne demandera pas à un médecin de famille qui ne fait pas d’obstétrique et de soins intrapartum de faire une revalidation dans ce domaine dans lequel il ne pratique pas. Cela doit être pertinent par rapport à ce que les médecins font.

Par « inclusive », nous voulons dire que la revalidation s’applique à tous les médecins autorisés, même si leur pratique est surtout de nature administrative. Ils doivent accepter la revalidation.

L’expression « transférable » signifie que la participation dans le processus de revalidation sera reconnue mutuellement par chacune des entités administratives canadiennes et qu’elle n’affectera pas la mobilité des médecins au Canada.

Enfin, l’expression « formateur » fait allusion au processus de revalidation comme étant un processus constructif, éducatif, d’assurance qualité indépendant et distinct des processus disciplinaires des autorités de réglementation.

Je veux terminer en parlant des besoins en matière de soins de santé de la population vieillissante; j’invite le gouvernement fédéral à prêter attention aux besoins croissants en matière de soins de santé de tous les Canadiens à mesure que nous vieillissons et particulièrement à ceux d’une main-d’oeuvre vieillissante. Étant donné qu’un nombre important de personnes continueront de travailler plus longtemps, il y aura des besoins différents et peut-être plus nombreux en matière de soins de santé. À un moment où il y a des pénuries de médecins, plus de médecins continueront de travailler dans leurs vieux jours. Devant la population vieillissante, ces médecins devront faire face à des cas plus complexes. Ces médecins et les autres fournisseurs de soins de santé doivent également avoir accès à des services pour eux-mêmes pour qu’ils puissent rester aussi en santé que possible. Au nom de la FOMC et de ses membres, je remercie le comité de nous avoir donné cette occasion de vous parler.

**Le sénateur Mercer :** Je vous remercie tous les deux d’être ici.

Monsieur Yakabuski, vous avez décrit les permis de conduire graduels, quelque chose qui est utilisé dans certaines provinces pour la délivrance des permis de conduire aux jeunes conducteurs. Peut-être que nous pouvons assimiler la révocation des privilèges de conduite à des permis de conduire diminués.

À votre avis, comment pourrions-nous contrôler ces permis de conduire graduels ou diminués dans le cas des gens dont la capacité de conduire s’est détériorée, et comment pourrions nous identifier ces personnes? Allons-nous exiger qu’il y ait, sur la voiture de ces personnes, une forme d’identification quelconque, comme on le fait dans certains endroits dans le cas des personnes qui apprennent à conduire?

**Mr. Yakabuski:** Some people talk about graduated de-licensing. I have not quite presented that today. I think there are important distinctions.

I think it is very important to avoid saying that after 75 years of age, everyone must go into the same process. I think the reason why some people have declining driving abilities is due to the onset of some identifiable medical condition. Let us deal with the medical condition, whether it happens at 45 years or 85 years rather than “hurting” people at a given age.

If we say, for example, that everyone at 80 years of age must go for a test, we may not capture half the people we need to capture because at that particular point in time, they have not had the onset of their condition, they are in remission or something of that sort. Therefore, we need to be more calibrated in what we are doing. We suggest that we can administer testing through a combination of objectively identifying medical conditions that may have a debilitating effect. We can simply ask physicians to record these conditions, not make a subjective judgment as to whether or not this person is fit to drive. We can work with police forces. I think it will be a distinctly smaller subset of people as opposed to specifying a particular age where everyone must go for a test of some sort.

I think it will be more efficient and accurate. It will certainly be less costly. At the Insurance Bureau of Canada, we like to start that kind of dialogue amongst people in Canada rather than taking the “certain age” approach.

**Senator Mercer:** One of my concerns with that is that someone must make a decision. Your suggestion is conditions must be identified as ones we need to be concerned with, someone would make a decision and then someone in the licensing agency in the provinces or the police would do something. I do not have as much trouble with the police as I do with the bureaucrats sitting in a licensing agency in a registry of motor vehicles or in Services Nova Scotia and Municipal Relations.

**Mr. Yakabuski:** I see the point you are raising. I think it is very legitimate to decide who should make a final determination. It is important to move that subjective decision away from physicians because it compromises the patient-client relationship.

**Senator Mercer:** We have heard that comment from physicians.

**Mr. Yakabuski:** It is not working. We have to find something that does work.

**Senator Mercer:** Early medical identification requires either self-identification by the driver, the family, the physician or someone else who reacts with the person. Self-identification of a problem is a difficult thing to do.

**Mr. Yakabuski:** Yes, it is. What I have sketched out today does not rely as heavily on self-identification. Physicians have a role, but it is not a subjective role. They should not bear the burden of determining who can drive. That is a major pillar. Cooperate with

**M. Yakabuski :** Certaines personnes parlent de perte de permis graduelle. Je n’ai pas vraiment parlé de cette question aujourd’hui. Je pense qu’il y a des distinctions importantes.

Je pense qu’il est très important d’éviter de dire qu’après 75 ans, tout le monde doit suivre le même processus. Je pense que la raison pour laquelle certaines personnes ont des capacités de conduite qui se dégradent, c’est l’apparition de certains problèmes médicaux identifiables. Occupons-nous du problème médical, qu’il apparaisse à l’âge de 45 ans ou de 85 ans, plutôt que de « faire du mal » à quelqu’un à un âge donné.

Si nous disons, par exemple, que tout le monde doit subir un test à l’âge de 80 ans, il est possible que nous n’identifions pas la moitié des cas que nous devrions identifier parce que, à ce moment particulier dans le temps, le problème médical n’est pas apparu, la personne est en rémission ou quelque chose du genre. Par conséquent, nous devons avoir une approche plus calibrée. Nous suggérons que nous pouvons administrer des tests par le biais d’une combinaison de problèmes médicaux objectivement identifiables qui peuvent avoir des effets débilissants. Nous pouvons simplement demander aux médecins de consigner ces états, et non de porter un jugement subjectif sur la capacité ou l’incapacité de la personne de conduire. Nous pouvons travailler avec les corps policiers. Je pense qu’il s’agira d’un sous-ensemble de personnes nettement plus petit, par opposition au fait de préciser qu’à un âge donné, tout le monde doit subir un test quelconque.

Je pense que ce serait plus efficace et plus précis. Ce serait certainement moins coûteux. Au Bureau d’assurance du Canada, nous aimerions lancer ce genre de débat entre les Canadiens, plutôt que de prendre l’approche « un âge donné ».

**Le sénateur Mercer :** Une de mes préoccupations avec cette formule, c’est que quelqu’un doit prendre de décision. Votre suggestion, c’est que des maladies soient identifiées comme devant nous préoccuper, que quelqu’un prendra une décision et ensuite, que quelqu’un au bureau des véhicules automobiles de la province ou la police fera quelque chose. Je n’ai pas autant de problèmes avec la police que j’en ai avec les fonctionnaires du bureau des véhicules automobiles ou de Service Nova Scotia and Municipal Relations

**M. Yakabuski :** Je vois ce que vous voulez dire. Je pense qu’il est très légitime de décider qui devrait prendre la décision finale. Il est important d’enlever cette décision subjective aux médecins parce qu’elle compromet leur relation avec leurs patients.

**Le sénateur Mercer :** Des médecins nous ont dit la même chose.

**M. Yakabuski :** Cela ne fonctionne pas. Nous devons trouver quelque chose qui fonctionne.

**Le sénateur Mercer :** L’identification médicale précoce nécessite l’identification par le conducteur lui-même, sa famille, le médecin ou quelqu’un d’autre qui interagit avec la personne en question. L’auto-identification d’un problème est difficile à faire.

**M. Yakabuski :** Oui, c’est vrai. Ce que j’ai décrit aujourd’hui ne repose pas beaucoup sur l’auto-identification. Les médecins ont un rôle à jouer, mais ce n’est pas un rôle subjectif. Ils ne devraient pas être responsables de déterminer qui peut conduire.

the police. Let our police forces, as part of their mandates, pay more attention to drivers on the road who do present symptoms of erratic driving, et cetera. That is another avenue of pointing out people who should be tested.

**Senator Mercer:** This is difficult to measure, but it seems to me that a number of older Canadians self-regulate. Drivers regulate themselves by deciding that they will not drive on highways anymore or on downtown roads, but will continue to drive to the drugstore, to the grocery store, to the doctor or to visit family.

**Mr. Yakabuski:** There are many Canadians who do that and it is laudable. I think this kind of regime gives that situation greater support and legitimacy. I think the two can be married well together if we all get together to work out the technicalities.

**Senator Mercer:** What you see as restrictions that might be put on a driver would vary from driver to driver and on condition to condition. I do not necessarily dislike that idea; I find it rather attractive. However, from an administrative point of view, I cannot see how to administer it in situations where my 88-year-old grandmother has this restriction on her but her 79-year-old neighbour has a different restriction.

**Mr. Yakabuski:** It may be a matter of adjusting to that paradigm. I do not think there will be an infinite number of restrictions. I think we can manage this. Many people have indicated on their driver's licence that they need to wear glasses while driving. That is a restriction placed on many people's licence already. We can expand those restrictions in a productive way. I think we need to have a dialogue around a new approach towards people facing medically-limiting conditions.

**Senator Mercer:** Ms. Lefebvre, I am from Nova Scotia where we have no policy for physicians to be audited at any age. What is the feedback from physicians themselves as they go through this? As you have referred, many physicians self-identify and realize that their skills are not as sharp as they were a few years ago. Therefore, they will move away from practicing certain aspects of medicine.

What about the doctors who have not done that but, after going through the audit, some restrictions are imposed? What is the feedback from them?

Second, what is the feedback from the communities they serve? In many cases there are small communities in rural Canada. If you have restricted a doctor's ability to practice medicine, you have not only affected the doctor but everyone in the community.

C'est un pilier majeur. Il faut collaborer avec la police. Laissez nos forces de police, dans le cadre de leur mandat, accorder plus d'attention aux conducteurs qui manifestent des signes de conduite dangereuse sur la route, « et cetera ». C'est une autre façon de déceler les gens qui devraient subir des tests.

**Le sénateur Mercer :** C'est difficile à mesurer, mais il me semble qu'un certain nombre de Canadiens plus âgés s'autoréglementent. Les conducteurs s'auto-réglementent en décidant de ne plus conduire sur les autoroutes ou dans le centre-ville, mais ils continueront de conduire pour aller à la pharmacie, au magasin d'alimentation ou chez le médecin, ou pour visiter la famille.

**M. Yakabuski :** Il y a beaucoup de Canadiens qui le font et c'est louable. Je pense que cela donne à cette approche un plus grand appui et une plus grande légitimité. Je pense que ces deux éléments peuvent très bien se marier si nous nous réunissons pour en établir les modalités.

**Le sénateur Mercer :** Ce que vous voyez comme des restrictions qui pourraient être imposées à un conducteur varierait d'un conducteur à un autre et d'une maladie à une autre. Je ne déteste pas cette idée; je pense qu'elle est plutôt intéressante. Toutefois, d'un point de vue administratif, je ne vois pas comment administrer cela dans des situations où ma grand-mère de 88 ans a telle restriction, mais que sa voisine de 79 ans en a une autre.

**M. Yakabuski :** C'est peut être une question de s'adapter à ce paradigme. Je ne pense pas qu'il y aurait un nombre infini de restrictions. Je pense que nous pouvons gérer cette question. Dans le cas de beaucoup de personnes, il est indiqué sur leur permis de conduire qu'elles doivent porter des verres pour conduire. Voilà une restriction qui figure déjà sur le permis de conduire d'un grand nombre de personnes. Nous pouvons étendre ces restrictions de manière productive. Je pense que nous devons avoir une discussion sur une nouvelle approche face aux gens qui ont une maladie qui les limite.

**Le sénateur Mercer :** Madame Lefebvre, je suis de la Nouvelle-Écosse où il n'y a pas de politique concernant la vérification des médecins quel que soit leur âge. Qu'en disent les médecins qui doivent passer par cette vérification? Comme vous l'avez dit, de nombreux médecins se signalent eux-mêmes et constatent que leur compétence n'est plus ce qu'elle était il y a quelques années. Par conséquent, ils vont cesser de pratiquer certains aspects de la médecine.

Que dire des médecins qui ne le font pas, mais qui, après une vérification, se voient imposer certaines restrictions? Quel genre de rétroaction vous donnent-ils?

Deuxièmement, quelle est la rétroaction des collectivités qu'ils desservent? Dans bien des cas, il s'agit de petites collectivités dans les régions rurales du Canada. Si vous avez limité les capacités d'un médecin de pratiquer la médecine, vous n'avez pas seulement touché le médecin, mais tout le monde dans la collectivité.

**Ms. Lefebvre:** I am not sure about the feedback from the community. I certainly know of a few instances where a doctor has been removed as a result of a discipline committee decision, but not necessarily due to an age-related audit.

If the audit shows there are some areas for improvement, they are given an educational prescription. Once they have completed that, they are re-audited. If there is no improvement, the decision of the regulatory authority must be more serious.

I cannot imagine those physicians would like it. Again, I do not have hard data to give you concerning the feedback.

Coming back to the jurisdiction that you are interested in, while Nova Scotia does not have this it does have NSPAR, which will also be lead into revalidation. NSPAR is based on the PAR program in Alberta. Through that process, we think the best way to address this issue is to have physician's self-identify the areas that are either getting so complex that they need to abandon them from their practice, or where they need to have ongoing education to keep up to speed.

We have great hopes that will show physicians and the communities that a standard is a standard is a standard; and that if you are not practicing to standard, you have to at least come to the attention of someone. You may be able to remain in practice, but someone must be watching you more closely.

**Senator Mercer:** I think the advantage physicians have over the rest of the population is when we talk about peer review. It is a standard term used by physicians and people supporting physicians in research, et cetera. It is something that goes on all the time. It is terminology and discipline that they are used to and I guess the rest of us need to learn a little from the College of Physicians and Surgeons on that subject.

**Senator Stratton:** The approach of the Insurance Bureau of Canada is interesting. I address this question to both of you, but I address it to you first, Mr. Yakabuski. It is a matter of independence.

If people want to work longer, they should be encouraged to do so. It is so important as we grow older — this independence to keep working and to keep active — because that makes us healthier. I am all for that.

Recognizing the safety issues, I am curious as to why we have mandatory testing at certain ages. I think in Ontario it is between 75 and 80 years and every two years thereafter. A professor last week said they did studies in two Scandinavian countries. One

**Mme Lefebvre :** Je ne suis pas certaine de la rétroaction de la collectivité. Je connais certainement quelques cas où un médecin s'est vu retirer son permis à la suite de la décision du comité de discipline, mais pas nécessairement à cause d'une vérification liée à l'âge.

Si la vérification montre qu'il y a certains domaines où des améliorations doivent être apportées, le médecin doit suivre un programme de formation adapté. Une fois le programme terminé, il fait l'objet d'une nouvelle vérification. S'il n'y a pas d'amélioration, la décision des autorités de réglementation se doit d'être plus ferme.

J'imagine que ces médecins n'aiment pas cela. Encore une fois, je n'ai pas de données véritables à vous donner concernant la rétroaction.

Pour en revenir à l'entité administrative qui vous intéresse, bien que la Nouvelle-Écosse n'ait pas de politique concernant l'âge des médecins, elle a le NSPAR, qui conduira également vers la revalidation. NSPAR est fondé sur le programme PAR de l'Alberta. Dans le cadre de ce processus, nous pensons que la meilleure façon de procéder pour faire face à cette question, c'est de faire en sorte que le médecin indique lui-même les domaines où les choses sont devenues tellement complexes qu'il doit accepter de renoncer à ces domaines dans sa pratique ou les domaines où il a besoin d'une formation continue pour garder ses connaissances à jour.

Nous avons beaucoup d'espoir que cette approche montrera aux médecins et aux collectivités qu'une norme reste une norme et que si vous ne pratiquez pas la médecine conformément aux normes, au moins, quelqu'un vous aura à l'oeil. Vous pourrez peut-être continuer de pratiquer, mais quelqu'un vous surveillera de plus près.

**Le sénateur Mercer :** Je pense que l'avantage que les médecins ont par rapport au reste de la population, c'est l'examen par les pairs. C'est une expression standard utilisée par les médecins et les personnes qui les appuient en recherche, « et cetera ». C'est quelque chose qui se fait tout le temps. Il s'agit d'une terminologie et d'une discipline auxquelles ils sont habitués et je suppose que le reste d'entre nous devrions apprendre quelque chose de l'Ordre des médecins à ce sujet.

**Le sénateur Stratton :** L'approche du Bureau d'assurance du Canada est intéressante. Ma question s'adresse à vous deux, mais je la pose d'abord à M. Yakabuski. C'est une question d'indépendance.

Si les gens veulent travailler plus longtemps, on devrait les encourager à le faire. À mesure que nous vieillissons, cette indépendance de pouvoir continuer de travailler et de demeurer actif est si importante parce que cela améliore notre santé. Je suis entièrement en faveur de cela.

Reconnaissant les questions de sécurité, je suis curieux de savoir pourquoi nous avons des tests obligatoires à certains âges. Je pense qu'en Ontario, c'est entre 75 et 80 ans et tous les deux ans par la suite. Un professeur a dit la semaine dernière que des études

had mandatory testing and the other did not, and there was no difference between the incidences of accidents. That is an argument for the side that encourages independence.

In determining whether or not someone is capable, I think they also said last week that Saskatchewan has a list of medical conditions on the licence form that folks fill out annually; the person would tick any that apply and answer questions on them. To a degree, it is a questionnaire that informs the regulators as to whether or not the person needed to have conditions imposed. I do not disagree with that. If someone is relatively honest — and I think most people are by a long shot — that would be a good step.

I worry about the physicians in the sense that they're damned if they do and damned if they don't. If they realize someone has a problem, they have to do something in most provinces — at least in Manitoba and I know others. There was a list from the CAA as to the conditions under which people can drive. For example, someone who lives in the same condo I do has macular degeneration and can only drive during the day. There are those kinds of conditions that happen all the time.

Mine is a bit of a ramble here, but I believe that the independence and the self-identification on the part of both physicians and individuals as to their health concerns can go a long way to eliminating the driving condition. Family and friends must play a part in this. I have had relatives where you simply have to sit them down and tell them it is time. I know my kids will have to say the same thing to their old man one day because he will fight it every inch of the way. There is no way I want to quit driving.

With that independence and with self-identification, what further steps do you think have to take place? We want to do this in a way to encourage that independence. Do you agree with that, or do you think there needs to be something more?

**Mr. Yakabuski:** I agree with just about everything you have said. I think it is a matter of bringing these various tangential things together in a way that makes sense. There is no doubt that we have to encourage the independence of people as long as we can; that is in the interests of everyone. We have to recognize these are men and women who have made great contributions to their society, and we should respect that.

At the same time, we also have to ensure that they are not a safety risk to themselves and to others on our roads. We have to balance those objectives in the most sensitive and sensible way possible.

You talk about the Saskatchewan approach. I think these approaches need a bit more support. First, regarding your point with respect to mandatory testing, I could not agree more. I made that point tangentially at the beginning by saying there is no

ont été faites dans deux pays scandinaves. Dans un pays, il y avait des tests obligatoires mais pas dans l'autre, et il n'y avait pas de différence dans l'incidence des accidents entre les deux pays. C'est un argument pour ceux qui encouragent l'indépendance.

Pour déterminer si quelqu'un est en mesure de conduire, je pense qu'on a également dit la semaine dernière que sur le formulaire de renouvellement du permis de conduire de la Saskatchewan, il y a une liste de maladies et d'états que les gens doivent remplir une fois par année; la personne coche les maladies qui s'appliquent à elle et répond à des questions sur ces dernières. Jusqu'à un certain point, c'est un questionnaire qui informe les responsables de la réglementation quant à savoir si la personne doit se voir imposer des conditions ou non. Je ne suis pas en désaccord avec cette démarche. Si quelqu'un est relativement honnête — et je pense que la plupart des gens le sont et de loin —, ce serait un pas dans la bonne direction.

Je suis inquiet au sujet des médecins dans ce sens que d'une façon ou de l'autre, ils sont perdants. S'ils constatent que quelqu'un a un problème, ils doivent faire quelque chose dans la plupart des provinces — du moins au Manitoba et je sais qu'il y a d'autres provinces où c'est la même chose. Il y avait une liste de la CAA sur les conditions en vertu desquelles les gens peuvent conduire. Par exemple, quelqu'un qui vit dans le même condominium que moi est atteint de dégénérescence maculaire et ne peut conduire que durant la journée. C'est quelque chose qui arrive constamment.

Mon propos est un peu décousu, mais je crois que l'indépendance et la déclaration volontaire de la part des médecins et des individus concernant leurs problèmes de santé peuvent contribuer grandement à éliminer les risques sur nos routes. La famille et les amis doivent faire leur part à cet égard. On a dû annoncer à des membres de ma famille qu'il était temps pour eux de cesser de conduire. Je sais que mes enfants devront dire la même chose à leur vieux père un jour parce que je me battrais jusqu'au bout. Je refuse catégoriquement de cesser de conduire.

Outre l'indépendance et la déclaration volontaire, quelles autres mesures faut-il prendre, à votre avis? Nous voulons intervenir de manière à favoriser cette indépendance. Êtes-vous du même avis, ou croyez-vous qu'il faut faire plus?

**M. Yakabuski :** Je suis d'accord avec vous sur à peu près tout ce que vous avez dit. Je crois qu'il s'agit de regrouper ces différents éléments parallèles de manière logique. Il ne fait aucun doute que nous devons assurer l'indépendance des gens le plus longtemps possible et ce, dans l'intérêt de tous. Nous devons reconnaître que ces hommes et ces femmes ont grandement contribué à leur société, ce que nous devrions respecter.

Parallèlement, nous devons également veiller à ce qu'ils ne présentent pas un risque pour eux-mêmes, ni pour les autres automobilistes. Nous devons équilibrer ces objectifs de la manière la plus sensée et raisonnable possible.

Vous avez parlé de l'approche en Saskatchewan. Je pense qu'il faut soutenir un peu plus ces approches. Tout d'abord, je partage tout à fait votre avis sur les examens obligatoires. J'ai fait valoir cet argument indirectement au début en disant qu'il n'existe

evidence that mandatory testing reduces collision rates. That is what most of the literature seems to be saying. That does not seem to be a fruitful effort. By the same token, if you rely solely on self-identification, it is quite possible, speaking realistically, that some people who are a safety risk to themselves and others may well not comply. This is a way of providing the right supports.

We need to provide social and institutional support to those people affected by driving restrictions. We should be looking at the possibility of financially compensating those who are taking on the additional task of driving people, sometimes at great lengths, because they have been deprived of their driving privileges. However, we have to get away from this idea that it is an all or nothing game. As you have pointed out, there are conditions that properly might require restrictions on one's driving privileges but not a full taking away of those privileges. Therefore, if we encourage the understanding that this is not an all or nothing game, perhaps people might also be more willing to comply with the system. They might say, well, I might have some restrictions placed on my ability to drive, but they will not take my licence away entirely. I think that is the fear of many people today. We need to address that. The questions you raise are obviously very good ones.

**Senator Stratton:** Ms. Lefebvre, with respect to the independence of doctors, I know my physician has hit the magic age of 65 and is stepping back, but he is still practicing and he has a wealth of experience. We want doctors to continue to work and practice for as long as they are willing and able. Do you believe there should be mandatory testing after a certain age in the medical profession or do you think this should be a voluntary thing?

You see people at age 85 who are still operating at a very high level compared to others at the age of 65. I look at that and say, as long as a doctor is capable of working and wants to work, he or she should be encouraged to do so, as long as he or she maintains a standard. Would that be fundamental to what you want to get at? Is that a good question or does it put you in trouble?

**Ms. Lefebvre:** It does not put me in trouble. You might think that there is not a lot in common between regulating the medical profession and according people the right to drive. However, our colleague in Yukon both regulates physicians and hands out motor vehicle licences; the staff has to multi-task.

The practice of medicine is based on a one-time award of a licence, once the appropriate credentials have been achieved. An annual license renewal process is based on the honour system. Physicians are asked about criminal records and some provinces are moving to mandatory criminal record checks on a regular basis. Physicians are asked if there is anything at all that could impede their right to practice the full scope for which they are licensed. More and more jurisdictions are moving to no longer giving physicians a blanket licence in that the licence will define

aucune preuve que les examens obligatoires réduisent les taux d'accidents de la route. C'est ce que semblent dire la plupart des publications. Cet effort n'a pas l'air d'être fructueux. De même, si vous vous en remettez uniquement à la déclaration volontaire, il est fort possible, si l'on veut être réaliste, que certaines personnes présentant un risque pour elles-mêmes et les autres ne s'y conforment pas. C'est une façon de fournir le soutien approprié.

Nous devons offrir du soutien social et institutionnel aux personnes visées par des restrictions de conduite. Nous devrions examiner la possibilité d'indemniser financièrement les personnes qui assument la tâche supplémentaire de conduire, parfois sur de longues distances, des gens à qui l'on a retiré leurs privilèges de conduire. Toutefois, nous devons cesser de penser que c'est tout ou rien. Comme vous l'avez souligné, il existe des conditions qui pourraient à juste titre exiger l'imposition de restrictions aux privilèges de conduire de quelqu'un, mais pas le retrait de ces privilèges. Par conséquent, si nous préconisons l'idée que ce n'est pas tout ou rien, les gens seront peut-être plus disposés à se conformer au régime. Ils pourraient dire que même si on leur a imposé certaines restrictions sur leur droit de conduire, on ne leur a pas révoqué totalement leur permis. Je crois que c'est ce que craignent bien des gens de nos jours. Nous devons nous pencher là-dessus. Les questions que vous avez soulevées sont sans contredit excellentes.

**Le sénateur Stratton :** Madame Lefebvre, pour ce qui est de l'indépendance des médecins, je sais que mon médecin a atteint l'âge fatidique de 65 ans et qu'il réduit graduellement ses activités, mais il pratique toujours et possède une vaste expérience. Nous souhaitons que les médecins continuent de travailler aussi longtemps qu'ils en ont la volonté et la capacité. À votre avis, les médecins devraient-ils subir des examens obligatoires après un certain âge ou devraient-ils quitter volontairement la profession?

On voit des gens de 85 ans qui sont encore très fonctionnels comparativement à d'autres âgés de 65 ans. À mon avis, aussi longtemps qu'un médecin a la capacité et la volonté de travailler, on devrait l'encourager à le faire, tant qu'il respecte une norme. Est-ce essentiellement là où vous voulez en venir? Cette question est-elle pertinente ou vous met-elle dans l'embarras?

**Mme Lefebvre :** Elle ne me met pas dans l'embarras. Vous pensez peut-être que réglementer la profession médicale et octroyer aux gens le droit de conduire n'ont pas grand-chose en commun. Toutefois, notre collègue du Yukon réglemente les médecins et délivre des permis de conduire; le personnel doit accomplir des tâches multiples.

Pour pratiquer, le médecin reçoit une seule autorisation, une fois qu'il a obtenu les qualifications voulues. Un processus annuel de revalidation se fonde sur le régime de confiance. On demande aux médecins s'ils ont un dossier criminel et certaines provinces prennent actuellement des dispositions pour procéder à des vérifications obligatoires du casier judiciaire régulièrement. On demande aux médecins s'il y a quoi que ce soit qui pourrait entraver leur droit de pratique complète. De plus en plus d'instances prennent des mesures pour ne plus accorder une

what they have the right to do when they are interacting with patients, other health care professionals and the system.

The honour system works well if it is in a non-punitive environment. At the same time, we have the expectations of the practicing physicians that they will be given the independence to make decisions or that they will be surrounded in a way that allows them to make the right decision in a non-punitive environment, and then we have the expectations of the public. When there is an adverse event, often the consequences are dire and affect many people.

We know that physicians and the public expect that physicians will keep up. When we ask physicians and the public whether they expect physicians to account for keeping current on a regular basis, we see divergent opinions. Physicians would like to continue on the honour system but the public expect something more tangible.

We still have faith in the revalidation system, although it is still in its infancy. When a physician is targeted for an audit, it is simply a peer review audit. For example, if it is found that a physician is prescribing too much of any given narcotic, peers perform an audit to determine why that is happening. It might be because of a specific patient population or there might be no justification for it at all. The regulatory authority has no choice but to intervene in a way that will bring that physician's practice in line with the standards or do something to limit or prevent that physician from practicing.

**Senator Stratton:** All things being equal, you would want them to continue to practice as long as they are capable.

**Ms. Lefebvre:** Yes.

**Senator Stratton:** The independence factor is so important to me in all aspects of life as we get older. The more we encourage that, the healthier we will be as a society.

**Ms. Lefebvre:** The increasing number of physicians over a certain age in most jurisdictions who are continuing to practice is an indication that there is no barrier to continue, other than how they succeed at the various steps where they need to demonstrate that they still have the competence to do so.

**Senator Cordy:** Do any jurisdictions have limitations on licences for those with medical conditions? You mentioned earlier about the need to wear eyeglasses. Are there any such jurisdictions in Canada?

**Mr. Yakubuski:** As a standard procedure, not that I am aware of, senator.

**Senator Cordy:** I am interested in your comment about consideration to provide fiscal incentives. Theoretically, that is a wonderful idea. Most people take their neighbour to see a doctor or to buy their groceries because they are good, kind people. Providing financial assistance, even just for gas for the vehicle used would be wonderful. However, with all the things that happen in government, it would become so complicated that you would have to fill out a 10-page document or more to get

autorisation générale aux médecins de façon à ce que celle-ci définisse ce qu'ils ont le droit de faire quand ils interagissent avec les patients, les autres professionnels de la santé et le système.

Le régime de confiance donne de bons résultats s'il est mis en place dans un cadre non punitif. Par ailleurs, il y a les médecins praticiens qui s'attendent à être libres de prendre des décisions ou à être encadrés d'une façon qui leur permet de prendre la bonne décision dans un cadre non punitif. Puis, il y a aussi les attentes du public. Quand un incident négatif survient, les conséquences sont souvent terribles et touchent un grand nombre de personnes.

Nous savons que le corps médical et le public s'attendent à ce que les médecins se tiennent à jour. Quand on leur demande s'ils croient que les médecins devraient être comptables de se tenir au fait régulièrement, les opinions divergent. Les médecins aimeraient poursuivre avec le régime de confiance, mais le public veut quelque chose de plus concret.

Nous avons toujours confiance au système de revalidation, même s'il n'en est qu'à ses débuts. Quand un médecin est sélectionné pour une vérification, il ne s'agit que d'une évaluation par les pairs. Par exemple, si on découvre qu'un médecin prescrit trop d'un narcotique donné, des pairs procèdent à une vérification pour en déterminer la raison. Ce peut être parce qu'il traite un groupe de patients précis ou il pourrait n'y avoir aucune explication. L'organisme de réglementation n'a d'autre choix que d'intervenir pour amener le médecin à se conformer aux normes ou pour limiter son droit de pratique ou l'empêcher d'exercer.

**Le sénateur Stratton :** Tout bien considéré, vous voudriez qu'ils continuent d'exercer aussi longtemps qu'ils en sont capables.

**Mme Lefebvre :** Oui.

**Le sénateur Stratton :** À mes yeux, l'indépendance est un facteur si important dans tous les aspects de la vie en vieillissant. Plus nous la favoriserons, plus notre société s'en portera mieux.

**Mme Lefebvre :** Le nombre croissant de médecins d'un certain âge dans la plupart des instances qui continuent d'exercer révèle que rien ne les empêche de continuer, mis à part leur niveau de réussite aux différentes étapes où ils doivent démontrer qu'ils ont toujours les compétences pour pratiquer.

**Le sénateur Cordy :** Y a-t-il des instances qui imposent des restrictions au permis de ceux qui souffrent de problèmes de santé? Vous avez mentionné tout à l'heure la nécessité de porter des lunettes. Avons-nous des instances au Canada qui le font?

**M. Yakubuski :** Comme pratique courante, pas que je sache, sénateur.

**Le sénateur Cordy :** Votre suggestion d'offrir des incitatifs fiscaux m'intéresse. En théorie, c'est une merveilleuse idée. La plupart des gens conduisent leur voisin pour aller chez le médecin ou à l'épicerie parce qu'ils sont aimables. Ce serait formidable de fournir une aide financière, ne serait-ce que pour l'essence. Toutefois, avec l'appareil gouvernemental, ça deviendrait tellement compliqué qu'il vous faudrait remplir un document de 10 pages ou plus pour obtenir un remboursement de 15,98 \$ pour

your \$15.98 back for gas. I also wonder about a motive behind your suggestion because you are in the insurance business. If some kind-hearted person drives someone to doctor's appointments and to the grocery store every week, will their insurance rates go up? I think it is a great idea but how can it be accomplished simply?

**Mr. Yakabuski:** Senator, we have not worked out all the technicalities, as I have said, but it is a way of giving expression to the saying "put your money where your mouth is." If you want to encourage independence, as I think we should, then we have to give support to those people taking on that extra burden. Obviously, we would want to make this as administratively streamlined as possible. Surely, where there is a will, there is a way. It would be a way of building and maintaining communities, and surely that is what our tax dollars should be doing. Obviously, much would have to be worked out but the idea should be explored because independence is so important.

**Senator Cordy:** It is a good idea but I am not sure how we can keep it simple with government involved.

Ms. Lefebvre, you spoke to self-regulation and the fact that the provinces work independently. Do the provincial colleges of physicians and surgeons get together to talk about these things? Has there been any discussion about developing national standards so that eventually a review in Nova Scotia would be the same as a review in Saskatchewan?

**Ms. Lefebvre:** We are planning our first meeting under the review of the mutual recognition agreements, through money funded by HRSDC. Two members did not sign in 2001, before Nunavut became an independent regulatory authority. We are reviewing that with a compliance deadline of April 1, 2009. One of the issues we are looking at deals with labour mobility and chapter 7.

If you open up that whole issue, you might as well open up the whole thing. We have national standards for the gold standard licence in Canada, which states that you must graduate from a medical school, preferably in Canada or one of the accredited schools in the United States with whom there is a reciprocal arrangement; hold a licentiate of the Medical Council of Canada; and hold a certificate from a college of physicians and surgeons in Canada in family medicine or a certificate in a medical specialty or surgical specialty from the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. That is the gold standard that is national at several levels.

We are moving toward national approaches to revalidation, although we realize that Prince Edward Island cannot mount the same kind of revalidation process as Ontario. Prince Edward Island licenses about 200 physicians while Ontario has about 30,000. However, we have that "rob and duplicate" approach. When we get together on a regular basis at our annual general meeting, our registration people talk about how they can standardize registration processes and questions, et cetera. We

l'essence. Je me demande également ce qui vous pousse à faire cette suggestion puisque vous travaillez dans le domaine des assurances. Si une personne au grand cœur conduit quelqu'un à ses rendez-vous chez le médecin ou à l'épicerie chaque semaine, ses primes d'assurance augmenteront-elles? Je crois que c'est une excellente idée, mais comment peut-on l'appliquer simplement?

**M. Yakabuski :** Sénateur, nous n'avons pas encore réglé tous les détails techniques, comme je l'ai dit, mais c'est une façon de donner une forme concrète au dicton : « Joindre l'acte à la parole ». Si vous voulez favoriser l'indépendance, ce que nous devrions faire à mon avis, il faudrait aider ces personnes à assumer ce fardeau supplémentaire. Évidemment, nous voudrions simplifier le plus possible le processus sur le plan administratif. Bien sûr, quand on veut, on peut. Ce serait une façon de bâtir et de maintenir des collectivités, et l'argent de nos impôts devrait sans aucun doute servir à cette fin. Évidemment, il resterait à régler bien des détails, mais l'idée devrait être explorée parce que l'indépendance est si importante.

**Le sénateur Cordy :** C'est une excellente idée, mais je ne vois pas comment nous pouvons faire en sorte que ce soit simple quand le gouvernement est en cause.

Madame Lefebvre, vous avez parlé d'autoréglementation et du fait que les provinces travaillent de façon indépendante. Les collèges des médecins et chirurgiens provinciaux se réunissent-ils pour parler de ces sujets? Y a-t-il eu des discussions pour établir des normes nationales afin qu'un jour, un examen en Nouvelle-Écosse soit le même que celui en Saskatchewan?

**Mme Lefebvre :** Nous planifions actuellement notre première réunion pour examiner les accords de reconnaissance mutuelle grâce au financement de RHDSC. Deux membres n'ont pas signé en 2001, avant que le Nunavut devienne une autorité réglementaire indépendante. Nous en faisons l'examen et devons respecter le délai de conformité du 1<sup>er</sup> avril 2009. L'une des questions que nous étudions porte sur la mobilité de la main-d'œuvre et le chapitre 7.

Si on étudie toute cette question, autant étudier tout le dossier. Nous avons des normes nationales pour le permis de référence au Canada, qui énoncent que vous devez obtenir votre diplôme d'une école de médecine, de préférence au Canada ou dans l'une des écoles accréditées aux États-Unis avec qui nous avons conclu un accord de réciprocité; détenir une licence du Conseil médical du Canada; et avoir reçu un certificat d'un collège des médecins et chirurgiens au Canada en médecine familiale ou un certificat de médecin spécialiste ou de chirurgien du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. C'est la norme de référence au pays à plusieurs égards.

Nous nous dirigeons vers des approches nationales de revalidation, bien que nous soyons conscients que l'Île-du-Prince-Édouard ne peut pas mettre sur pied le même type de processus de revalidation que l'Ontario. L'Île-du-Prince-Édouard accrédite environ 200 médecins et l'Ontario, 30 000. Toutefois, nous avons cette approche visant à nous imiter les uns les autres. À notre assemblée générale annuelle, notre personnel chargé de l'accréditation discute

have put in place a Physician Credentials Registry of Canada, which means that if you are a physician in Ontario and you want to consider practicing in Quebec, Nova Scotia or British Columbia, you can have a central repository of your credentials from which the regulatory authorities can obtain that information, thus eliminating a repetitive process. Other than in the Atlantic provinces, we do not have a standardized process for peer review. Currently, we are putting all of our efforts on revalidation. There was the Atlantic system for a while but Nova Scotia has since pulled out of that to put its Nova Scotia Physician Achievement Review, NSPAR, program in place. We do not despair of national approaches and instead work on them quite hard. I do not despair that in my lifetime we will not even broach the topic of national licensure.

**Senator Cordy:** If I hear of a doctor in Nova Scotia being looked at by the College of Physicians and Surgeons, I immediately think they have done something wrong. If such a peer review becomes a regular part of being an accredited physician, would you need some public relations funding built in so that people can be made aware that this is standard procedure?

**Ms. Lefebvre:** Yes, I could not agree more. Once we get endorsement from our members on revalidation, the issue of public relations is most important.

**Senator Keon:** I congratulate both of you on your presentation. You have very objective remarks and you are making a great deal of progress in both areas.

Many times during my life, I dealt with the dilemma of whether people should drive after receiving a pacemaker. You are wise and you should try to find a way — and perhaps we should try to help you — to define high-risk drivers because this is an issue of public safety. We want to be good to seniors and encourage them in every way, but we also have an obligation to protect the public.

On the question of transportation, I am aware of and I also used voluntary agencies which provide drivers for people who are incapacitated. Ninety per cent of these voluntary drivers were seniors. I have often thought that as a resource it has never been encouraged or exploited fully. I have to agree with Senator Cordy that your idea of a financial incentive to those drivers would get so complicated with bureaucracy, it would be unworkable.

Ms. Lefebvre, for 16 years of my life, I had to deal with competency on an annual basis. I think there is nothing more difficult than calling in a surgeon who has turned 66 years-old and discussing with whether he or she should continue to practice. When the mandatory retirement at age 65 came into our institution, it became easy. It was easier to extend someone for

notamment de la manière dont il peut normaliser les processus et questions en la matière. Nous avons mis en place le Registre de compétences des médecins du Canada, ce qui signifie que si vous êtes médecin en Ontario et envisagez d'exercer au Québec, en Nouvelle-Écosse ou en Colombie-Britannique, vous pouvez regrouper vos titres de compétences dans une base de données centrale à laquelle peuvent avoir accès les autorités réglementaires, ce qui évite de répéter le processus. Ailleurs que dans les provinces de l'Atlantique, nous ne disposons pas d'un processus normalisé d'évaluation par les pairs. À l'heure actuelle, nous concentrons tous nos efforts sur la revalidation. Il y a eu le système dans la région de l'Atlantique pendant un certain temps, mais la Nouvelle-Écosse s'est depuis retirée pour mettre en place son programme Nova Scotia Physician Achievement Review (NSPAR). Plutôt que de renoncer aux approches nationales, nous y travaillons activement. Je ne désespère pas que de mon vivant, nous aborderons le sujet de permis nationaux.

**Le sénateur Cordy :** Si j'entends parler que le Collège des médecins et chirurgiens se penche sur le dossier d'un médecin en Nouvelle-Écosse, je pense tout de suite qu'il a fait quelque chose de mal. Si une telle évaluation par les pairs vient à faire partie intégrante de la fonction de médecin accrédité, aurez-vous besoin de financement pour les relations publiques afin d'informer les gens qu'il s'agit d'une pratique courante?

**Mme Lefebvre :** Oui, je suis tout à fait d'accord. Une fois que nous obtenons l'appui de nos membres sur la revalidation, la question des relations publiques est ce qui importe le plus.

**Le sénateur Keon :** Je vous félicite tous les deux pour votre exposé. Vous avez fait des observations très objectives et vous réalisez d'énormes progrès dans les deux secteurs.

À maintes reprises dans ma vie, j'ai été confronté au dilemme de savoir si une personne ayant un stimulateur cardiaque devrait avoir le droit de conduire. Vous êtes intelligents et vous devriez essayer de trouver un moyen de définir les conducteurs à risque élevé — et nous devrions peut-être vous aider à le faire — puisque c'est une question de sécurité publique. Nous voulons bien traiter les personnes âgées et les aider de toutes les manières possibles, mais nous avons aussi l'obligation de protéger le public.

En ce qui a trait à la question des transports, je connais des organismes bénévoles qui offrent des services pour conduire des personnes handicapées, et j'y ai d'ailleurs eu recours. Quatre-vingt-dix pour cent de ces conducteurs bénévoles étaient des personnes âgées. J'ai souvent pensé que cette ressource n'a jamais été encouragée ou exploitée au maximum. Je dois convenir avec le sénateur Cordy que votre idée d'offrir un incitatif financier à ces conducteurs deviendrait si compliquée avec la bureaucratie, qu'elle serait irréalisable.

Madame Lefebvre, j'ai passé 16 ans de ma vie à traiter de la question de la compétence année après année. Je crois qu'il n'y a rien de plus difficile que de convoquer un chirurgien qui vient d'avoir 66 ans pour discuter avec lui s'il devrait continuer d'exercer. Quand la question de la retraite obligatoire à l'âge de 65 ans a été présentée à notre institution, c'est devenu facile. Il

another year, but before that trying to restrict someone who is on the borderline was an extremely difficult subject.

We must be extremely careful in the medical profession. When things go wrong, they go terribly wrong. We are all seeing this in the press right now where things went wrong with an individual. We must be careful about what doctors are allowed to continue after their skills are starting to fade or after their vision has faded. The window is long. Vision begins to fade at about age 40 and it keeps fading.

A tremendous change takes place with fine motor movements in people over 50. For someone who looks the same when they are 70 years-old as they did at 50 does not mean they are the same. We must be careful because we have an obligation to protect the public.

I have no questions for Ms. Lefebvre because I am aware of what you do and I congratulate you for that.

**The Chair:** Mr. Yakabuski, what would you think of a licence that could be limited on the basis of visual impairment, medication impairment, dementia impairment, seizure impairment or other medical impairment and one that restricted total driving — for example from night hours, roads greater than four lanes or rush hour from 9:30 a.m. to 3:30 p.m.?

**Mr. Yakabuski:** That is very creative and with your permission, I would like to take that back to the people we have been talking with today.

**The Chair:** You may. You may find it in our report. I want to thank you both. You have clarified a number of issues for us.

Honourable senators, next week we are discussing pensions, both private and public. Hopefully, that will be the end of our witnesses for the next while as we have an interim report to produce.

The committee adjourned.

était plus facile de prolonger d'une autre année la carrière de quelqu'un, mais auparavant, essayer de limiter les fonctions d'une personne au bord de la retraite était un sujet extrêmement difficile.

Nous devons être extrêmement prudents dans la profession médicale. Quand les choses vont mal, elles vont terriblement mal. À l'heure actuelle, nous avons un exemple dans les médias d'un cas où la situation a dérapé. Nous devons faire preuve de prudence pour décider quels médecins peuvent continuer d'exercer lorsque leurs facultés commencent à se dégrader ou que leur vue a baissé. Ça prend du temps. La vision commence à faiblir vers l'âge de 40 ans et continue de diminuer.

La capacité motrice fine change considérablement chez les gens de plus de 50 ans. Un septuagénaire n'est plus la même personne qu'elle était à 50 ans, même si physiquement, il n'a pas changé. Nous devons être vigilants parce que nous avons l'obligation de protéger le public.

Je n'ai aucune question pour Mme Lefebvre, car je suis au courant de votre travail et je vous en félicite.

**La présidente :** Monsieur Yakabuski, que diriez-vous d'un permis qui pourrait être restreint en fonction des conditions médicales liées à la vision, à la prise de médicaments, à la démence, à des crises ou d'autres problèmes médicaux et d'un autre permis qui limiterait la conduite — par exemple, la nuit, sur les routes de plus de quatre voies ou durant les heures de pointe de 9 h 30 à 15 h 30?

**M. Yakabuski :** C'est très créatif et, si vous me le permettez, j'aimerais présenter cette idée aux personnes avec qui nous avons parlé aujourd'hui.

**La présidente :** D'accord. Vous la trouverez sans doute dans notre rapport. Je tiens à vous remercier tous les deux. Vous avez clarifié un certain nombre de questions pour nous.

Honorables sénateurs, nous discuterons la semaine prochaine des régimes de retraite publics et privés. Espérons que nous n'aurons plus d'autres témoins à entendre pour un certain temps puisque nous avons un rapport provisoire à produire.

La séance est levée.

**Monday, February 4, 2008**

*Correctional Service of Canada:*

Ross Toller, Assistant Commissioner, Correctional Operations and Programs;

Leslie MacLean, Assistant Commissioner, Health Services.

*Office of the Correctional Investigator:*

Ed McIsaac, Executive Director;

Howard Sapers, Correctional Investigator.

*Canadian Association of Elizabeth Fry:*

Kim Pate, Executive Director.

*Insurance Bureau of Canada:*

Mark Yakabuski, President and Chief Executive Officer.

*Federation of Medical Regulatory Authorities of Canada:*

Fleur-Ange Lefebvre, Executive Director and Chief Executive Officer.

**Le lundi 4 février 2008**

*Service correctionnel du Canada :*

Ross Toller, commissaire adjoint, Opérations et programmes correctionnels;

Leslie MacLean, commissaire adjointe, Services de santé.

*Bureau de l'Enquêteur correctionnel :*

Ed McIsaac, directeur exécutif;

Howard Sapers, enquêteur correctionnel.

*Association canadienne des Sociétés Elizabeth Fry :*

Kim Pate, directrice exécutive.

*Bureau d'assurance du Canada :*

Mark Yakabuski, président et chef de la direction.

*Fédération des ordres des médecins du Canada :*

Fleur-Ange Lefebvre, directrice générale et chef de la direction.



*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, January 28, 2008**

*Canadian Automobile Association:*

David M. Munroe, Chair of the Board CAA National;

Christopher White, Vice-President, Public Affairs.

*Canadian Medical Association:*

Dr. Briane Scharfstein, Associate Secretary General, Professional Affairs.

*Lakehead University:*

Dr. Michel Bédard, Canada Research Chair in Aging and Health.

*The Rehabilitation Centre, Ottawa Hospital:*

Dr. Shawn Marshall, Associate Professor.

*Canadian Centre for Elder Law Studies:*

Laura Watts, National Director.

*Alzheimer Society of Nova Scotia:*

Jeanne Desveaux, President.

*(Continued on previous page)*

TÉMOINS

**Le lundi 28 janvier 2008**

*Association canadienne des automobilistes :*

David M. Munroe, président du conseil d'administration CAA national;

Christopher White, vice-président, Affaires publiques.

*L'Association médicale canadienne :*

Dr Briane Scharfstein, secrétaire général associé, Affaires professionnelles.

*Université Lakehead :*

Dr Michel Bédard, chaire de recherche du Canada en vieillissement et santé.

*Le centre de réadaptation, Hôpital d'Ottawa :*

Dr Shawn Marshall, professeur associé.

*Canadian Centre for Elder Law Studies :*

Laura Watts, directrice nationale.

*Société Alzheimer de la Nouvelle-Écosse :*

Jeanne Desveaux, présidente.

*(Suite à la page précédente)*