



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.

Friday, May 9, 2008

Issue No. 7

Thirteenth and fourteenth 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 vendredi 9 mai 2008

Fascicule n° 7

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

* Membres d'office
(Quorum 3)

MINUTES OF PROCEEDINGS

WELLAND, ONTARIO, Friday, May 9, 2008
(14)

[English]

The Special Senate Committee on Aging met this day at 9:05 a.m., in the gymnasium, Rose City Seniors Activity Centre, the chair, the Honourable Sharon Carstairs, C.P., presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Carstairs, P.C., Chaput, Cordy and Mercer (4).

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

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

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

WITNESSES:

Regional Municipality of Niagara Community Services Department:

Carol Rudel, Manager, Seniors Community Programs;

Dominic Ventresca, Director of Seniors Services.

Hamilton Niagara Haldimand Brant Community Care Access Centre:

Tom Peirce, Senior Director, Strategic Planning and Integration.

Ontario Network for the Prevention of Elder Abuse:

Maureen Etkin, Regional Consultant, Central West;

Gail MacKenzie-High, Chair, Niagara Elder Abuse Prevention Network.

Alzheimer's Society of Niagara Region:

Marge Dempsey, Acting Chief Executive Officer.

Ontario Home Care Association:

Susan D. VanderBent, Executive Director.

Hamilton Council on Aging:

Denise O'Connor, Executive Director;

Carolyn Rosenthal, Chair, Board of Directors.

Community Support Services of Niagara:

Wendy Walker, Executive Director;

Patricia Tooley, Program Manager;

Pat Frank, Chair, Board of Directors.

PROCÈS-VERBAUX

WELLAND, ONTARIO, le vendredi 9 mai 2008
(14)

[Traduction]

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 9 h 5, dans le gymnase du Centre d'activités pour les aînés de Rose City, sous la présidence de l'honorable Sharon Carstairs, C.P. (*présidente*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Carstairs, C.P., Chaput, Cordy et Mercer (4).

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

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

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

TÉMOINS :

Services communautaires de la municipalité régionale de Niagara :

Carol Rudel, gestionnaire, Programmes communautaires des aînés;

Dominic Ventresca, directeur, aux Services aux aînés.

Centre d'accès aux soins communautaires de Hamilton Niagara Haldimand Brant :

Tom Peirce, directeur principal, Planification stratégique et intégration.

Réseau ontarien pour la prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées :

Maureen Etkin, conseillère régionale, centre-ouest;

Gail MacKenzie-High, présidente, Niagara Elder Abuse Prevention Network.

Société Alzheimer de la région de Niagara :

Marge Dempsey, chef de la direction par intérim.

Ontario Home Care Association :

Susan D. VanderBent, directrice générale.

Hamilton Council on aging :

Denise O'Connor, directrice générale;

Carolyn Rosenthal, présidente, conseil d'administration.

Services de soutien communautaire de Niagara :

Wendy Walker, directrice générale;

Patricia Tooley, gestionnaire de programme;

Pat Frank, président, conseil d'administration.

Niagara Health System:

Wendy Robb, Health Program Director, Port Colborne Site.

The chair made a statement.

It was agreed that cameras be permitted to film the proceedings while the committee is travelling.

Mr. Ventresca, Mr. Peirce, Ms. Etkin and Ms. MacKenzie-High each made a presentation and answered questions.

At 10:22 a.m., the committee suspended.

At 10:36 a.m., the committee resumed.

Ms. Dempsey, Ms. VanderBent, Ms. Rosenthal and Ms. Walker each made a presentation and, together with Ms. O'Connor and Ms. Tooley, answered questions.

At 12:01 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

WELLAND, ONTARIO, Friday, May 9, 2008
(15)

[English]

The Special Senate Committee on Aging met this day at 1:01 p.m., in the gymnasium, Rose City Seniors Activity Centre, the chair, the Honourable Sharon Carstairs, P.C., presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Carstairs, P.C., Chaput, Cordy and Mercer (4).

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

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

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

WITNESSES:

Older Women's Network:

Thelma McGillivray, Past Chair.

Canadian Pensioners Concerned Incorporated:

Christine Mounstevan, President, Ontario Division;

Sylvia Hall, Secretary/Treasurer, Ontario Division.

Système de santé de Niagara :

Wendy Robb, directrice des soins médicaux, site de Port Colborne.

La présidente fait une déclaration.

Il est convenu de permettre l'enregistrement des délibérations du comité à l'aide de caméras lorsque le comité est en déplacement.

MM. Ventresca et Peirce et Mmes Etkin et MacKenzie-High font chacun une déclaration puis répondent aux questions.

À 10 h 22, la séance est interrompue.

À 10 h 36, la séance reprend.

Mmes Dempsey, VanderBent, Rosenthal et Walker font chacune une déclaration puis, aidées de Mmes O'Connor et Tooley, répondent aux questions.

À 12 h 1, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

WELLAND, ONTARIO, le vendredi 9 mai 2008
(15)

[Traduction]

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 13 h 1, dans le gymnase du Centre d'activités pour les aînés de Rose City, sous la présidence de l'honorable Sharon Carstairs, C.P. (*présidente*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Carstairs, C.P., Chaput, Cordy et Mercer (4).

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

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

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

TÉMOINS :

Older Women's Network :

Thelma McGillivray, ancienne présidente.

Corporation canadienne des retraités intéressés :

Christine Mounstevan, présidente, section de l'Ontario;

Sylvia Hall, secrétaire-trésorière, section de l'Ontario.

Rose City Seniors Activity Centre:

John Rose, Vice-Chair.

Welland Accessibility Advisory Committee:

Russ Findlay, Chair.

Senior Citizens Advisory Committee to the City of Welland:

Doug Rapelje, Representative.

Francophone Community Health Centre Hamilton/Niagara:

Marcel Castonguay, Director General.

Foyer Richelieu:

André Tremblay, Director General.

As an individual:

Gary Atamanyk.

Centre polyvalent des aînés francophones de Port Colborne:

Roland Méthot, Chair.

VON Canada:

Marlene Slepko, Interim Branch Manager.

As an individual:

Ron Walker.

The chair made a statement.

Ms. McGillivray, Ms. Mounstevan and Ms. Sylvia Hall each made a presentation and answered questions.

At 2:28 p.m., the committee suspended.

At 2:35 p.m., the committee resumed.

Mr. Findlay, Mr. Rose, Mr. Rapelje, Mr. Castonguay and Mr. Tremblay each made a presentation and answered questions.

Mr. Atamanyk, Mr. Méthot, Ms. Slepko and Mr. Walker each made a statement.

At 4:22 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

Centre d'activités des aînés de Rose City :

John Rose, vice-président.

Comité consultatif sur l'accessibilité de Welland :

Russ Findlay, président;

Comité consultatif des aînés de la Ville de Welland :

Doug Rapelje, représentant.

Centre de santé communautaire Hamilton/Niagara :

Marcel Castonguay, directeur général.

Foyer Richelieu :

André Tremblay, directeur général.

À titre personnel :

Gary Atamanyk.

Centre polyvalent des aînés francophones de Port Colborne :

Roland Méthot, président.

VON Canada :

Marlene Slepko, directrice de succursale par intérim.

À titre personnel :

Ron Walker.

La présidente fait une déclaration.

Mmes McGillivray, Mounstevan et Sylvia Hall font chacune une déclaration puis répondent aux questions.

À 14 h 28, la séance est interrompue.

À 14 h 35, la séance reprend.

MM. Findlay, Rose, Rapelje, Castonguay et Tremblay font chacun une déclaration puis répondent aux questions.

MM. Atamanyk et Méthot, ainsi que Mme Slepko et M. Walker, font chacun une déclaration.

À 16 h 22, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

La greffière du comité,

Keli Hogan

Clerk of the Committee

EVIDENCE

WELLAND, Ontario, Friday, May 9, 2008

The Special Senate Committee on Aging met this day at 9:05 a.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 morning. We are delighted to be here in Welland, Ontario. We are examining in our committee the implications of aging and an aging society in Canada.

The range of complex issues, of course, is substantive and this is the first stop in our cross-Canada trip. We decided we would start in southern Ontario, and in this particular region, because we were informed that this region had a number of people who are considered seniors in this area.

We welcome this morning, from the Regional Municipality of the Niagara Community Services Department, Carol Rudel, Manager of Seniors Community Programs, and Dominic Ventresca, Director of Senior Services; from the Hamilton Niagara Haldimand Brant Community Care Access Centre, Tom Peirce, Senior Director, Strategic Planning and Integration; from the Niagara Health System, Wendy Robb, Health Program Director, Port Colborne Site.

From the Ontario Network for the Prevention of Elder Abuse, Maureen Etkin, Regional Consultant, Central West; Gail MacKenzie-High, Coordinator, Respite Companion Program.

Welcome to all of you this morning. I notice that Ms. Robb is not here, but Dominic Ventresca will begin with the first presentation.

Dominic Ventresca, Director of Senior Services, Regional Municipality of Niagara Community Services Department: Carol Rudel, the manager of Seniors Community Programs, who is with me today, and I have read with keen interest the Senate committee's second interim report. We are pleased to have this opportunity to provide you with illustrations of some of the issues that are pressing in our region, reinforcing some of the committee's proposed options, and also respectfully suggesting additional issues for the committee's consideration.

Our perspective is from professional involvement, if you will, working in this region for a combined 57 years and working with the Niagara Region Senior Services, which is a division of the municipality that oversees the 420,000 citizens in Niagara with 12 local area municipalities. As the chair said, we have a good

TÉMOIGNAGES

WELLAND, Ontario, le vendredi 9 mai 2008

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 9 h 5, pour examiner, en vue d'en faire rapport, les incidences du vieillissement de la société canadienne.

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

[*Traduction*]

La présidente : Bonjour, nous sommes très heureux d'être ici, à Welland, en Ontario. Le comité se penche en ce moment sur les incidences du vieillissement, notamment du vieillissement de la société canadienne.

Il s'agit évidemment d'un vaste ensemble de questions complexes, et c'est la première étape d'un voyage que nous faisons d'un bout à l'autre du Canada. Nous avons décidé de commencer par le sud de l'Ontario, et plus précisément par la région dans laquelle nous nous trouvons aujourd'hui, parce qu'on nous a dit qu'il y a ici beaucoup de gens qu'on considère comme étant des aînés.

Nous accueillons ce matin Mme Carol Rudel et M. Dominic Ventresca, respectivement gestionnaire des programmes communautaires aux aînés et directeur des Services aux aînés des Services communautaires de la municipalité régionale de Niagara. Nous accueillons également M. Tom Peirce, directeur principal de la planification stratégique et de l'intégration du Centre d'accès aux soins communautaires de Hamilton Niagara Haldimand Brant, ainsi que Mme Wendy Robb, directrice du système des soins médicaux, site de Port Colborne, du Système de santé de Niagara.

Nous recevons aussi Mmes Maureen Etkin et Gail MacKenzie-High, respectivement conseillère de la région du centre-ouest et coordonnatrice du Respite Companion Program du Réseau ontarien pour la prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées.

Bienvenue à tous. Je remarque que Mme Robb n'est pas ici, mais M. Ventresca va présenter le premier exposé.

Dominic Ventresca, directeur, Services aux aînés, Services communautaires de la municipalité régionale de Niagara : Carol Rudel, gestionnaire des programmes communautaires destinés aux aînés, qui m'accompagne aujourd'hui, et moi avons lu avec grand intérêt le deuxième rapport intérimaire du comité sénatorial. Nous sommes heureux d'avoir l'occasion de vous présenter aujourd'hui des exemples de problèmes qu'il est urgent de régler dans notre région, afin d'appuyer certaines des options proposées par le comité et de lui suggérer respectueusement certains points supplémentaires à étudier.

Notre point de vue est fondé sur notre engagement professionnel, si je puis dire, puisque, à nous deux, nous travaillons depuis 57 ans dans la région et au sein de l'organisme Senior Services de la région de Niagara, qui est un service de la municipalité chargé de s'occuper de 420 000 citoyens

number of seniors in this region, approximately 18 per cent, which is above the provincial and national averages, and one of the oldest census metropolitan areas in Canada.

I will give you a bit of context for the Niagara Region Senior Services. The municipality operates eight long-term care homes. We accommodate 957 residents. As well, we have a regional dementia centre, which is somewhat of a unique operation in Ontario, to address the needs of those with advanced dementia issues and also respite.

We also serve 400 to 500 individuals who live in the community through our ten adult day programs. We serve about 50 individuals through a supportive housing operation and probably another 2,500 individuals through programs such as our in-home respite program, our client intervention and assistance services, and also through caregiver education. In total, we employ about 1,100 staff and we engage over 900 volunteers who contribute to meeting the needs of our seniors through our programs.

We operate a small local continuum of care that bridges from community programs to long-term care programs and we expend approximately \$54 million a year providing that care.

We recognize, though, that we cannot serve the entire region by ourselves and therefore have entered into numerous formal and informal partnerships with various others in the community to attempt to provide a more integrated approach to care for seniors.

To give you some examples, two of our long-term care homes are attached to hospitals in our region. Two of our long-term care homes have enabled community hospices to be constructed on our sites. We have a multi-agency and an inter-disciplinary admission, treatment and discharge team that assesses the needs for individuals with dementia to determine their eligibility for our dementia care centre that I referenced earlier, and also to assess perhaps alternative care if the centre is not the appropriate care for these individuals.

I mention as an aside that this evening, that team has been nominated for a geriatrics award in the south central region of Ontario.

The Niagara Region has also facilitated the construction of the Alzheimer Society's Family and Community Resource Centre on the site of one of our long-term care homes.

Finally, as an example, we are involved on the advisory committee of a unique program that has been initiated here in Niagara called the Home to Stay program, which is an attempt to

de 12 municipalités de la région de Niagara. Comme la présidente l'a dit, il y a beaucoup de personnes âgées dans la région, environ 18 p. 100 de la population, ce qui est plus que la moyenne provinciale et la moyenne nationale, ce qui classe la région métropolitaine de recensement de Niagara parmi celles où l'on trouve le plus grand nombre de personnes âgées au Canada.

Je vais vous expliquer un peu ce que fait l'organisme Senior Services de la région de Niagara. La municipalité exploite huit foyers de soins de longue durée. Nous offrons des services à 957 résidents. Nous avons aussi un centre régional de soins de la démence, ce qui est en quelque sorte une chose unique en Ontario, et ce centre nous permet de répondre aux besoins de gens qui ont de graves troubles de démence et de ceux qui ont besoin de répit.

Nous offrons également des services à 400 ou 500 résidents de la collectivité dans le cadre de dix programmes de jour pour adultes. Nous offrons aussi des services à quelque 50 personnes dans les logements supervisés ainsi qu'à 2 500 autres personnes environ dans le cadre de programmes comme notre programme de relève au foyer, des services d'intervention et d'aide, ainsi que d'enseignement pour les aidants. Au total, nous avons environ 1 100 employés et plus de 900 bénévoles qui contribuent à répondre aux besoins de nos aînés dans le cadre de nos programmes.

Nous offrons un petit continuum de soins à l'échelle locale qui va des programmes communautaires aux programmes de soins de longue durée, et nous dépensons environ 54 millions de dollars par année pour ces soins.

Nous savons cependant que nous ne pouvons pas offrir tous les services nécessaires dans la région à nous seuls et nous avons formé un certain nombre de partenariats officiels et non officiels avec d'autres parties de la collectivité pour tenter d'avoir une approche intégrée des soins offerts aux personnes âgées.

Pour vous donner quelques exemples, deux de nos foyers de soins de longue durée sont rattachés à des hôpitaux de la région. Deux des foyers de soins de longue durée ont permis qu'un hospice communautaire soit construit sur leur site. Nous avons une équipe interdisciplinaire et multiorganismes d'admission, de traitement et de congé qui évalue les besoins des personnes atteintes de démence pour déterminer leur admissibilité au centre de traitement de la démence dont j'ai parlé tout à l'heure, ou encore d'autres soins, si ce centre n'est pas le bon choix pour ces personnes.

Soit dit en passant, cette équipe a été nommée ce soir candidate à un prix en gériatrie dans la région du centre-sud de l'Ontario.

La région de Niagara a de plus facilité la construction du centre de ressources familiales et communautaires de la Société Alzheimer sur l'emplacement de l'un des foyers de soins de longue durée.

Enfin, à titre d'exemple, nous siégeons au comité consultatif d'un programme unique qui a vu le jour ici, dans la région de Niagara, et qui s'intitule Home to Stay. Ce programme vise à

provide multi-agency support on an immediate basis to people who are in emergency wards or on the cusp of being admitted to a hospital, or perhaps to prevent admission to a hospital.

A couple of examples of the type of collaboration we have engaged in, with a view to providing and enabling integrated care, we are both involved in numerous Local Health Integration Network initiatives, for example, on the alternative level of care issue, the aging at home issue and related strategies. We also belong to a local Hamilton Niagara Haldimand Brant geriatrics network and a community support services network, and I serve on the Board of the Ontario Association of Non-Profit Homes and Services for Seniors.

I have given you a little context as to the perspective from which we come and hopefully, have provided a little bit of, let us say, grounds for credibility as to the comments we make here.

As I mentioned earlier, Niagara being the census metropolitan area with one of the oldest demographics of seniors in Canada, we believe that Niagara serves as a microcosm or a living laboratory on what much of the rest of Canada will look like as the baby boomers reach their retirement age. Niagara should be looked at more carefully because we can learn from what is happening here and, as we develop solutions here, they can be used perhaps as a best practice or, at least, as a prototype for consideration across the country.

Briefly, some feedback on the interim report, beginning with a bit of information on the Niagara status relative to supports in the home, we will focus on all the various issues that you have raised on improved housing and transportation.

In Niagara, wait lists for subsidized housing are long and local transit is somewhat limited particularly because we have rural areas interspersed between our major small municipalities. We also have intermunicipal transit operated by the Niagara region, but it is limited in its initial phase to medical appointments only. Based on this pressing need for affordable housing in Niagara, we strongly reinforce the committee's proposed option 51 relating to the call for increasing the stock of affordable housing across the country.

As our local area planning data indicate, Niagara is critically short of affordable supportive housing, particularly in the southern communities of Niagara. This shortage has been viewed by many informed observers as a root cause for the inordinately long wait list for long-term care homes in Niagara.

fournir un soutien multiorganismes immédiat aux gens qui attendent au service des urgences des hôpitaux ou qui sont sur le point d'être admis dans un hôpital, ou encore peut-être pour prévenir leur admission dans un hôpital.

Je vais vous donner deux ou trois exemples du genre de collaboration auquel nous prenons part. Dans le but de promouvoir une meilleure intégration des soins de santé, nous participons tous deux à de nombreuses initiatives du Réseau local d'intégration des services de santé, par exemple, sur l'autre niveau de soins, le vieillissement à domicile et les stratégies connexes. Nous sommes également membres du réseau de gériatrie de Hamilton Niagara Haldimand Brant et d'un réseau de services de soins communautaires, et je siège au conseil d'administration de l'Ontario Association of Non-Profit Homes and Services for Seniors.

Je vous ai donné quelques éléments pour mettre notre point de vue en contexte, et j'espère aussi vous avoir donné des motifs, disons, pour accorder du crédit aux observations que nous allons formuler.

Comme je l'ai mentionné tout à l'heure, la région métropolitaine de recensement de Niagara se classe parmi celles où l'on trouve le plus grand nombre de personnes âgées au Canada, et nous sommes d'avis que cette région est un microcosme ou un laboratoire vivant où l'on peut prévoir la situation dans laquelle se trouvera le reste du Canada lorsque les baby-boomers atteindront l'âge de la retraite. On devrait examiner attentivement la situation dans la région de Niagara, parce que nous pouvons apprendre de ce qui se passe ici, et les solutions que nous trouverons pour la région pourront peut-être être utilisées ensuite comme pratiques exemplaires, ou, à tout le moins, comme prototype lorsqu'il s'agira de trouver des solutions pour l'ensemble du pays.

Nous allons vous parler brièvement des réactions au rapport provisoire, en commençant par vous donner un peu d'information sur la situation dans la région de Niagara en ce qui a trait au soutien à domicile, et nous allons aborder toutes les questions que vous avez soulevées par rapport à l'amélioration du logement et du transport.

Dans la région de Niagara, les listes d'attente des logements subventionnés sont longues, et les transports publics locaux sont quelque peu limités, parce qu'il y a des régions rurales entre les grandes municipalités. La région de Niagara offre également des services de transport public entre municipalités, mais ceux-ci sont limités dans leur phase initiale aux rendez-vous médicaux. En nous fondant sur le besoin urgent d'un plus grand nombre de logements abordables, nous appuyons l'option 51 proposée par le comité, soit d'accroître le parc de logements abordables d'un bout à l'autre du pays.

Comme l'indiquent les données de planification locale, la région de Niagara souffre d'un grave manque de logements supervisés abordables, en particulier dans les collectivités de la partie sud de la région. De nombreux observateurs informés considèrent ce manque comme l'une des principales raisons pour

Approximativement 1,500 personnes typiquement sont sur la liste pour l'admission dans des foyers de soins de longue durée dans la région de Niagara où il y a 32 foyers de soins de longue durée.

Aussi, beaucoup considèrent le manque de logements abordables et accessibles dans la région de Niagara comme une cause fondamentale pour le grand nombre de patients en hospitalisation qui attendent d'être placés dans des centres de soins d'autres niveaux de soins. Ils sont également considérés comme la cause fondamentale pour le grand nombre de retards de déchargement des patients expérimentés par le service d'ambulance de Niagara où les ambulances ne peuvent pas transférer leurs patients à l'hôpital à cause de services d'urgence surchargés.

Le manque de logements abordables et accessibles contribue à de nombreuses inefficacités du système de soins de santé et à la dépense inutile de centaines de milliers de dollars en vue de contourner les arriérés du système. Nous appuyons donc l'option 51 proposée par le comité, soit d'accroître le parc de logements supervisés abordables et les options connexes.

Deuxièmement, Carol Rudel et moi souhaitons affirmer que la disponibilité de services de transport abordables et accessibles est essentielle pour soutenir les aînés dans leur propre foyer. De nouveaux services de transport abordables et accessibles destinés à d'autres fins permettraient à beaucoup plus d'aînés de régler diverses questions liées au fait de vieillir à la maison, comme la vie active et le bien-être, la promotion de la santé et la prévention des maladies, ainsi que d'autres questions que vous avez abordées dans votre rapport.

En ce qui concerne les besoins en matière de soins de santé, nous insistons sur la nécessité de procéder à l'amélioration des voies d'accès aux services et de la convivialité du système.

Pour appuyer l'accent mis par le comité sur le besoin urgent d'intégrer les diverses options de soutien offertes aux aînés — la prestation de service nécessaire au moment opportun —, il faut insister davantage sur la question de l'autre niveau de soins, sur les longues listes d'attente des foyers de soins de longue durée et sur le soin des personnes qui ont des besoins comportementaux extraordinaires. Nous appuyons par conséquent les propositions 60, 64 et 68 du comité, qui ont trait à des programmes variés qui appuient ces initiatives.

En nous fondant sur l'expérience vécue dans la région de Niagara, où plus de 100 malades qui devraient être dans d'autres installations ou dans la collectivité occupent habituellement des lits d'hôpitaux, où, comme je l'ai mentionné, les noms de plus de 1 000 personnes figurent ordinairement sur les listes d'attente et où des centaines d'adultes âgés sont privés de services de psychiatrie gériatrique et de soutien comportemental spécialisés, nous suggérons respectueusement au comité d'examiner de plus près les options proposées en vue d'améliorer l'équilibre des choix de services dans un continuum de soins. Le mot clé, c'est « continuum » de soins optimisant la prestation rapide et

lesquelles la liste d'attente pour l'admission dans un foyer de soins de longue durée est excessivement longue dans la région. Il y a ordinairement 1 500 noms sur cette liste d'admission dans la région de Niagara, où il y a 32 foyers de soins de longue durée.

En outre, beaucoup estiment que le manque d'options de logements supervisés abordables dans la région est à l'origine du nombre excessivement élevé de malades hospitalisés qui attendent d'être placés dans des centres d'autres niveaux de soins. Ce manque est également considéré comme un des principaux facteurs qui expliquent le nombre excessivement élevé de retards que connaît le service d'ambulance de la région, et les patients ne peuvent être conduits dans les hôpitaux en raison de l'engorgement des services d'urgence.

Le manque de logements supervisés abordables contribue à un grand nombre des inefficacités du système de soins de santé et à la dépense inutile de centaines de milliers de dollars en vue de contourner les arriérés du système. Nous appuyons donc l'option 51 proposée par le comité, soit d'accroître le parc de logements supervisés abordables et les options connexes.

Deuxièmement, Carol Rudel et moi souhaitons affirmer que la disponibilité de services de transport abordables et accessibles est essentielle pour soutenir les aînés dans leur propre foyer. De nouveaux services de transport abordables et accessibles destinés à d'autres fins permettraient à beaucoup plus d'aînés de régler diverses questions liées au fait de vieillir à la maison, comme la vie active et le bien-être, la promotion de la santé et la prévention des maladies, ainsi que d'autres questions que vous avez abordées dans votre rapport.

En ce qui concerne les besoins en matière de soins de santé, nous insistons sur la nécessité de procéder à l'amélioration des voies d'accès aux services et de la convivialité du système.

Pour appuyer l'accent mis par le comité sur le besoin urgent d'intégrer les diverses options de soutien offertes aux aînés — la prestation de service nécessaire au moment opportun —, il faut insister davantage sur la question de l'autre niveau de soins, sur les longues listes d'attente des foyers de soins de longue durée et sur le soin des personnes qui ont des besoins comportementaux extraordinaires. Nous appuyons par conséquent les propositions 60, 64 et 68 du comité, qui ont trait à des programmes variés qui appuient ces initiatives.

En nous fondant sur l'expérience vécue dans la région de Niagara, où plus de 100 malades qui devraient être dans d'autres installations ou dans la collectivité occupent habituellement des lits d'hôpitaux, où, comme je l'ai mentionné, les noms de plus de 1 000 personnes figurent ordinairement sur les listes d'attente et où des centaines d'adultes âgés sont privés de services de psychiatrie gériatrique et de soutien comportemental spécialisés, nous suggérons respectueusement au comité d'examiner de plus près les options proposées en vue d'améliorer l'équilibre des choix de services dans un continuum de soins. Le mot clé, c'est « continuum » de soins optimisant la prestation rapide et

required care and service components for a continuum that promotes improved service pathways and improved system navigation.

Recognizing that the federal government has a limited role in the delivery of many of these services, we propose that the federal government can play the role of an enabler or a knowledge broker to help develop these frameworks to enable those who have jurisdictions, like the provincial and territorial governments, to use those frameworks to assist them in their mandates.

National guiding principles are required to underpin a publicly managed and funded continuum of care and service to address seniors' health care needs consistently across all jurisdictions, irrespective of the providers being non-profit or for-profit. The key is that there are components to a balanced continuum.

This framework may include components that are required in a continuum, including enablers for optimal self-management, personal support, professional services delivered in one's home, supportive housing and assisted living, community support services, long-term care, various hospital services, and hospice care. These examples of components can be promoted in a continuum in any community to provide the required service.

The framework can also have per capita ratios that can be based on local demographics so that there are minimum standards based on evidence and best practices to support the development of these per capita ratios. Also, the framework can include suggested practices for determination of components such as functional abilities, affordability, access, consumer choice and effective supports.

In terms of the federal role as enabler or knowledge broker, there can be a brokering of knowledge by promoting research, sharing best practices, improving public education, recommending national standards for care and service within a balanced continuum, and recommending integrated care practices with practical measures based on evidence and best practices.

To conclude, we suggest that additional consideration be given to the enhancement of affordable supportive housing; expansion of affordable and accessible transportation and inter-municipal transit; improvement in the balance of service choices and movement within a consistent continuum of care and service, including care for those with dementia; and the development of the role of a national enabler or knowledge broker.

opportune des soins. À cet égard, nous suggérons que l'on envisage un cadre national qui détermine les soins requis et les composantes des services en vue d'établir un continuum favorisant l'amélioration des voies d'accès aux services et de la convivialité du système.

Puisque nous reconnaissons le fait que le gouvernement fédéral joue un rôle limité dans la prestation de bon nombre de ces services, nous suggérons respectueusement que le gouvernement fédéral joue le rôle de facilitateur ou de courtier du savoir pour contribuer à l'élaboration de ces cadres de façon à permettre aux organisations qui ont la compétence nécessaire pour intervenir, comme les gouvernements provinciaux et territoriaux, d'utiliser ces cadres pour réaliser leur mandat.

Il faut des principes directeurs nationaux pour étayer un continuum de soins et de services gérés et financés par l'État afin de répondre de manière uniforme aux besoins de soins de santé des aînés de toutes les provinces et de tous les territoires, que les fournisseurs de soins aient un but lucratif ou non. L'élément clé, c'est qu'un continuum équilibré soit formé de certains éléments précis.

Ce cadre pourrait comporter les composantes requises dans un continuum, dont les facilitateurs d'autogestion optimale, le soutien personnel et les services professionnels fournis à domicile, le logement supervisé ou l'aide à la vie autonome, les services de soutien communautaire, les soins de longue durée, divers services hospitaliers et les soins en hospice. Ces exemples de composantes peuvent être mis de l'avant dans un continuum au sein duquel n'importe quelle collectivité peut fournir les services requis.

Le cadre pourrait également comporter les coûts par habitant fondés sur les courbes démographiques des différents endroits, de façon qu'il y ait des normes minimales axées sur des données et sur les pratiques exemplaires pour la détermination de ces coûts par habitant. Le cadre pourrait également comporter des pratiques suggérées pour la détermination de composantes comme les capacités fonctionnelles, l'abordabilité, l'accès, le choix des consommateurs et le soutien efficace.

Pour ce qui est du rôle de facilitateur ou de courtier du savoir du gouvernement fédéral, celui-ci peut faciliter le courtage du savoir en favorisant la recherche, en communiquant les pratiques exemplaires, en améliorant le processus d'éducation de la population, en recommandant des normes nationales de soins et de services dans le cadre d'un continuum équilibré et en recommandant l'intégration des pratiques en matière de soins assorties de mesures fondées sur des données probantes et sur des pratiques exemplaires.

Pour conclure, nous proposons qu'on étudie plus à fond les questions de l'accroissement du parc de logements supervisés abordables, de l'expansion des services de transport abordables et accessibles et du transport public entre municipalités, de l'amélioration de l'équilibre des choix de services et de leur prestation dans le cadre d'un continuum uniforme de soins et de services, y compris les soins offerts aux personnes atteintes de démence, ainsi que de la création du rôle de facilitateur national ou de courtier du savoir.

We thank the committee for this opportunity to share these thoughts, and will be pleased to offer any further information through questions.

Tom Peirce, Senior Director, Strategic Planning and Integration, Hamilton Niagara Haldimand Brant Community Care Access Centre: Madam Chair and honourable members, I thank the members of the Special Senate Committee on Aging for the opportunity to provide commentary on the Second Interim Report.

As a quick note of background, the agency for which I work, the Hamilton Niagara Haldimand Brant Community Care Access Centre, HNHB CCAC, has a keen interest in the well-being of seniors. Last year, our organization provided services to one out of every nine citizens in our region aged 65 to 74; we provided services to one out of every four citizens aged 75 to 84; and we provided services to one out of every two citizens 85 or older. You can see we share your interest and commitment to seniors.

As a quick note of background, Community Care Access Centres were formed in 1997 as a combination of the old home care and placement programs. We provide information referral to a broad range of health and social services. We coordinate in-home or school-based care for eligible clients, and we coordinate placement in all long-term care or nursing homes in the HNHB area, whether these homes are privately- or publicly-owned such as those operated by the municipality of Niagara.

We are the only agency in the region whose catchment area matches exactly the area served by the Local Health Integration Network. CCACs were reformed in 2007 to match those geographic areas.

Our integration partnerships span the health sector from community agencies to all 11 hospital corporations in the area, family physicians and education and social service agencies.

One more introductory comment is that I commend you for your broad view of well-being by looking at a number of broader determinants of health such as income, education and housing.

All my comments are presented with the utmost respect for the work of the committee. Most of my comments focus on health-related issues. I generally provide the recommendation number in my comments. If I have comments related to other content, I identify the section involved.

My first comments relate to section 1.2, Defining Seniors. I suggest that the categorization of seniors cannot be contained into a three- or four-step continuum. Rather, it is a complex matrix that reflects various ages and various levels of wellness.

Nous remercions le comité de nous avoir offert l'occasion de lui faire part de ces réflexions, et nous serons heureux de vous fournir de plus amples renseignements pendant la période de questions.

Tom Peirce, directeur principal, Planification stratégique et intégration, Centre d'accès aux soins communautaires de Hamilton Niagara Haldimand Brant : Madame la présidente, honorables sénateurs, je remercie les membres du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement de m'avoir invité à leur faire part de mes observations sur le deuxième rapport intérimaire du comité.

Pour mettre rapidement les choses en contexte, l'organisme pour lequel je travaille, le Centre d'accès aux soins communautaires de Hamilton Niagara Haldimand Brant ou CASC HNHB, s'intéresse de près au bien-être des aînés. L'an dernier, notre organisation a offert des services à un citoyen âgé de 65 à 74 ans sur neuf, à un citoyen âgé de 75 à 84 ans sur quatre et à un citoyen de 85 ans et plus sur deux. Comme vous pouvez le constater, nous partageons votre intérêt et votre engagement en ce qui concerne les aînés.

Pour vous donner rapidement quelques renseignements généraux, les centres d'accès aux soins communautaires ont été créés en 1997, et il s'agit d'une combinaison de foyers pour personnes âgées et de programmes de placement. Nous fournissons de l'information à un vaste éventail de services sociaux et de soins de santé. Nous coordonnons la prestation de soins à domicile ou dans des établissements d'enseignement aux clients admissibles, ainsi que le placement dans tous les foyers de soins de longue durée et de soins infirmiers de la région de HNHB, qu'il s'agisse de foyers privés ou encore publics, comme ceux de la municipalité de Niagara.

Nous sommes le seul organisme de la région dont le territoire correspond exactement à celui du Réseau local d'intégration des services de santé. En 2007, on a modifié la structure des CASC de façon que les territoires correspondent.

Nos partenariats d'intégration couvrent l'ensemble du secteur de la santé, des organismes communautaires jusqu'aux 11 associations d'hôpital de la région, en passant par les médecins de famille et les organismes d'éducation et de services sociaux.

Une autre observation préliminaire que je veux faire, c'est que je vous félicite de la portée du point de vue que vous adoptez sur le bien-être en envisageant un ensemble de déterminants de la santé, notamment le revenu, l'éducation et le logement.

Je veux formuler mes observations dans le plus grand respect du travail effectué par le comité. Bon nombre de celles-ci ont trait aux questions liées à la santé. De façon générale, je donne le numéro de la recommandation en question lorsque je formule une observation. Si je dis quelque chose sur un autre élément du rapport, je donne le numéro de la section concernée.

Ma première observation a trait à la section 1.2, La définition des aînés. Selon moi, le classement des aînés en différentes catégories ne peut se limiter à un continuum à trois ou quatre étapes. Il s'agit plutôt d'une matrice complexe qui reflète les différences d'âge et les différences de bien-être.

In section 2.1, Active Aging and Active Living, I want to emphasize the point you make related to transportation. This region, HNHB, has some areas that have municipal transit, transit for disabled persons and even GO or VIA transit. Other areas within the region have absolutely no public transit, and it is an issue.

Recommendations 1, 2 and 4 deal with volunteerism and, while laudable, the recommendations may be hard to measure or may create the potential for bureaucracy to implement such things as tax credits.

Recommendation 6 addresses tax credits for an expanded definition of eligible courses. Since the contention above is that lifelong learning promotes greater participation in learning in later years, the credits for the broader range of eligible courses should be for all adults, and not only seniors, to develop that habit.

One comment, in responding to the health-related recommendations, is the obvious fact that health is primarily the responsibility of the provinces but I wish you every success in identifying programs or initiatives that are so patently beneficial we will not need to spend time convincing authorities in various jurisdictions to adopt them.

Recommendation 36 speaks to dental care. I bring to your attention a seniors' dental program within this region. The name is Halton Oral Health Outreach, HOHO. It is an award-winning program whose goal is to coordinate dental services for the elderly and adults with special needs in Halton, the Burlington area. Seniors' oral health should be a focus for all seniors.

In recommendation 41, I respectfully suggest that telemedicine should be advanced as a mainstream modality to increase availability of certain services. Mr. Ventresca talked about the challenges with respect to geriatric psychiatry in the Niagara region. I think that telemedicine is an emerging technology that can be used to bring about greater access.

Section 4.4 addresses chronic diseases and I suggest that recommendations should be made to prioritize the manner in which we attempt to manage such conditions as diabetes, congestive heart failure and chronic obstructive pulmonary disorder, among others. Along with prevention, better chronic disease management will increase the quality of life for those with these conditions, and reduce the usage of active treatment modalities.

Pour ce qui est de la section 2.1, Vieillesse active et vie active, je veux mettre l'accent sur ce que vous avez écrit au sujet des transports. Il y a certaines parties de la région où nous nous trouvons en ce moment, c'est-à-dire la région de HNHB où des services de transport municipaux, des services de transport pour les personnes handicapées et même des services de transport de GO ou de VIA sont offerts. Dans d'autres parties de la région, il n'y a absolument aucun service de transport public, et cela pose problème.

Les recommandations 1, 2 et 4 portent sur le bénévolat, et, quoiqu'elles soient louables, ces recommandations pourraient être difficiles à appliquer ou pourraient donner lieu à l'instauration d'un processus bureaucratique si ce genre de mesures prend la forme de crédits d'impôt.

La recommandation 6 porte sur les crédits d'impôt et sur l'idée d'élargir la définition des cours admissibles. Puisque l'affirmation qui est faite au préalable dans le rapport, c'est que l'apprentissage continu favorise la participation des programmes d'apprentissage à un âge plus avancé, les crédits offerts pour un plus vaste ensemble de cours admissibles devraient l'être à tous les adultes et non seulement aux personnes âgées, pour qu'ils prennent l'habitude de suivre des cours.

Une chose que je veux dire en réaction aux recommandations qui ont trait à la santé, c'est le fait évident que la santé est d'abord et avant tout la responsabilité des provinces, mais je vous souhaite de réussir le mieux possible à trouver des programmes ou des initiatives si manifestement positifs que nous n'aurons pas besoin de convaincre les autorités des différentes administrations de les adopter.

La recommandation 36 porte sur les soins dentaires. Je veux porter à votre attention un programme de soins dentaires offert aux personnes âgées dans la région. Ce programme s'intitule Halton Oral Health Outreach, ou HOHO. Il s'agit d'un programme auquel on a décerné des prix et dont le but est de coordonner les services de soins dentaires offerts aux personnes âgées et aux adultes qui ont des besoins particuliers dans la région de Halton, c'est-à-dire celle où se trouve Burlington. La santé bucco-dentaire devrait être une priorité pour tous les aînés.

Pour ce qui est de la recommandation 41, à mon humble avis, on devrait avoir couramment recours à la télémédecine pour accroître l'offre de service dans certains domaines. M. Ventresca a parlé des problèmes qui existent dans le domaine de la psychiatrie gériatrique dans la région de Niagara. Je pense que la télémédecine est une nouvelle technologie qui pourrait être utilisée pour améliorer l'accès.

La section 4.4 porte sur les maladies chroniques, et, selon moi, il faudrait formuler des recommandations pour établir les priorités quant à la façon dont nous tentons de gérer certaines affections comme le diabète, les défaillances cardiaques et les troubles respiratoires obstructifs chroniques, entre autres. Avec la prévention, une meilleure gestion des maladies chroniques permettra d'améliorer la qualité de vie des personnes qui en sont atteintes, ainsi que de réduire le recours au traitement actif.

Recommendation 54 speaks to the issue of supportive housing. Again, to note the disparity of services within only this region, the area of Haldimand and Norfolk has no supportive housing units. This lack can lead to an inappropriate or premature use of nursing home beds. Again, Mr. Ventresca talked about the waiting lists for long-term care homes. In HNHB, we typically operate somewhere around 99 per cent to 100 per cent occupancy, so beds are in use which, if there were alternatives, might be freed up to address those wait lists.

I support any recommendation that helps identify and support the civic-based champions of new supportive housing initiatives.

Recommendation 60 addresses a national home care program. I heartily concur, with the understanding that we raise the bar and not identify the lowest common denominator.

Recommendation 64 touches on the issue of caregiver support. In Ontario, we have the capacity for respite care, but only so long as the maximum hours allowed by regulation for the patient has not been exceeded. There is tremendous merit in assigning a separate basket of services in the name of respite to the caregiver, as opposed to tying it to the maximum level of service allowed for a particular client.

Compassionate care is addressed in recommendation 65. This program is a wonderful one and the one additional recommendation I ask you to consider is waiving the two-week waiting period. Employment Insurance has a two-week waiting period and there is nothing compassionate about a leave that creates economic hardship.

Recommendation 69 speaks to the sharing of best practices. This recommendation obviously relies on the good will of those on the leading edge. I support it, but wish the committee well in creating the sense of altruism in the broader population.

In conclusion, I have attempted to limit my remarks to those areas in which I have at least some direct experience.

Again, I commend the committee for its efforts. I hope that many of these issues or recommendations can be viewed in a non-silo, non-territorial manner. Many issues can and should rise above jurisdictional or political party limitations.

I again thank you for the opportunity to present and to strengthen your work, hopefully.

Maureen Etkin, Regional Consultant, Central West, Ontario Network for the Prevention of Elder Abuse: Madam Chair, honourable members of the committee, welcome, and thank you for this opportunity to respond.

La recommandation 54 porte sur la question du logement supervisé. Encore une fois, pour parler de l'écart entre les services offerts dans la région seulement, il n'y a pas d'unités de logement supervisés à Haldimand ni à Norfolk. Cette situation peut donner lieu à l'usage inapproprié ou prématuré des lits des foyers de soins infirmiers. Encore une fois, M. Ventresca a parlé des listes d'attente pour l'admission dans les foyers de soins de longue durée. Dans la région de HNHB, le taux d'occupation varie habituellement entre 99 et 100 p. 100, ce qui veut dire qu'il y a des lits utilisés qui, s'il y avait d'autres choix, pourraient être libérés pour raccourcir ces listes d'attente.

Je suis en faveur de toute recommandation visant à nommer et à appuyer des citoyens défenseurs de nouvelles initiatives en matière de logements supervisés.

La recommandation 60 porte sur un programme national de soins à domicile. Je suis de tout cœur en faveur de cette recommandation, dans l'idée de relever le niveau, et non de trouver le plus petit dénominateur commun.

La recommandation 64 a trait à la question du soutien offert aux aidants. En Ontario, il y a le service de relève, mais celui-ci n'est offert que si le nombre maximal d'heures prévu par le règlement pour un patient n'est pas dépassé. Une idée de grande valeur, c'est celle d'attribuer un ensemble de services distincts à l'aidant pour lui donner un répit, plutôt que de lier ces services au niveau de service maximal autorisé pour un client donné.

Les soins de compassion font l'objet de la recommandation 65. Il s'agit d'un programme extraordinaire, et la recommandation supplémentaire que je vous demande d'envisager, c'est celle de supprimer le délai de carence de deux semaines. Il y a un délai de carence de deux semaines pour les personnes qui demandent des prestations d'assurance-emploi, et ce n'est pas de la compassion si le congé engendre des difficultés financières.

La recommandation 69 porte sur la mise en commun des meilleures pratiques. L'application de cette recommandation dépend bien entendu de la bonne volonté des intervenants dont les pratiques sont les meilleures. Je suis en faveur de cette recommandation, mais je souhaite bonne chance au comité pour ce qui est de susciter l'altruisme chez la population en général.

Pour conclure, j'ai tenté, pour mes observations, de m'en tenir aux domaines dont j'ai au moins une certaine expérience directe.

Encore une fois, je félicite le comité de ses efforts. J'espère que beaucoup de ces questions ou recommandations peuvent être envisagées de façon non compartimentée et qui ne soit pas fonction de la région géographique. Beaucoup de questions devraient être réglées en dehors des limites des administrations ou des partis politiques.

Merci encore une fois de m'avoir offert l'occasion de prendre la parole et, je l'espère, de contribuer à votre travail.

Maureen Etkin, conseillère régionale, centre-ouest, Réseau ontarien pour la prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées : Madame la présidente, honorables membres du comité, bienvenue, et merci de nous offrir l'occasion de prendre la parole.

As a regional consultant, my remarks will reflect all of Ontario. I want to raise the profile of senior abuse as a critical issue for all seniors.

Between 2 per cent and 10 per cent of older adults will experience abuse at some point in their senior years. That percentage represents up to 370,000 seniors across Canada and 160,000 here in Ontario. Cognitively- or physically-impaired seniors will be abused at a rate two to three times higher. Injuries from abuse and neglect seriously impact a senior's health and independence.

Senior abuse has widespread health, social and economic implications related to many of the issues and barriers of active and healthy aging that were outlined in the committee's interim report.

If senior abuse can be integrated more closely with some of the other report recommendations, there will be opportunities for greater impacts and cost efficiencies.

One of the main causes of senior abuse is isolation. Many recommendations made in chapter 2 under Active Aging dealt with helping to reduce social isolation of seniors. Realizing that these recommendations also reduce the risk of senior abuse is helpful in program planning, especially with the transportation issues that were mentioned, or even planning educational workshops for seniors on preventing and protecting against abuse.

Research on competency is another huge area that impacts senior abuse. Diminished capacity is a risk factor for abuse. Currently, declaring someone incompetent is too often an all-or-nothing proposition. A senior may be able to decide where they wish to live, but may not be able to make decisions about managing their finances. This area is confusing for seniors and service providers. There is a definite need for more research into best practice in this area.

Financial abuse is the most commonly reported abuse. A Canadian study found an average loss of \$20,000 per senior. Losing financial resources reduces a senior's choices of where and how to live, and can undermine quality of life. The senior may need to stay in an abusive setting because they lack the funds to move. Financial abuse also means the senior has much less left for the basics of housing, food and medication.

Although an abused senior is kept isolated from others, at some point, they will have contact with a government worker, perhaps in regard to pension or veteran benefits. This contact provides the government with an opportunity to inform and

Comme je suis conseillère régionale, mes observations vont toutes porter sur l'Ontario. Je veux mettre en lumière le fait que la violence envers les personnes âgées est un phénomène d'une importance capitale pour l'ensemble des aînés.

Entre 2 et 10 p. 100 des personnes âgées vont faire l'expérience de la violence un jour dans leur vie. Cette proportion représente jusqu'à 370 000 personnes à l'échelle du Canada et 160 000 en Ontario. Les personnes qui ont un handicap physique ou cognitif peuvent être de deux à trois fois plus à risque que les autres personnes âgées. Les blessures résultant de la violence ou de la négligence peuvent avoir des répercussions sur la santé et sur l'autonomie des personnes âgées.

La violence faite aux personnes âgées provoque des complications sanitaires, sociales et économiques en lien avec bon nombre des enjeux et des obstacles au vieillissement sain et actif dont il est question dans le rapport provisoire du Comité.

Si la violence faite aux personnes âgées était intégrée plus étroitement aux recommandations du rapport, ces dernières auraient sans doute plus d'effets et donneraient lieu à des économies de fonds publics.

La violence envers les personnes âgées est principalement attribuable à l'isolement. Bien des recommandations faites au chapitre 2, sous la rubrique Vieillesse active, proposent des moyens de réduire l'isolement social des personnes âgées. Lorsqu'on comprend que ces solutions contribuent également à réduire les risques de mauvais traitements, la planification des programmes en est facilitée, ou même la planification d'ateliers sur la façon de prévenir la violence et de se protéger contre celle-ci.

La recherche sur la compétence est un autre élément extrêmement important et qui a des répercussions sur la violence faite aux aînés. Une personne dont la capacité est réduite est une personne à risque. À l'heure actuelle, une déclaration d'incompétence est un acte global et irréversible. Une personne âgée peut être en mesure de décider où elle veut vivre, mais peut ne plus pouvoir gérer ses finances. C'est une situation complexe pour les aînés eux-mêmes et pour les fournisseurs de services. Il faut absolument pousser la recherche plus loin et dégager des pratiques exemplaires dans ce domaine.

L'exploitation financière est la forme d'exploitation la plus fréquemment signalée. Une étude canadienne a montré que les pertes financières subies par les personnes âgées étaient de 20 000 \$ par aîné en moyenne. La perte de ressources financières fait qu'un aîné est moins en mesure de choisir son mode de vie et l'endroit où il vit, et sa qualité de vie en est compromise. L'aîné peut alors devoir se résoudre à vivre dans un milieu où il subit de la violence faute d'avoir les moyens de vivre ailleurs. L'exploitation financière fait que la personne a moins d'argent à consacrer aux besoins de base que sont le logement, la nourriture et les médicaments.

Malgré son isolement, une personne âgée finit toujours par entrer en contact avec un représentant du gouvernement pour des questions de pension de vieillesse ou de prestations versées aux anciens combattants. Ce contact offre au gouvernement

educate the senior on how to prevent and protect against abuse. As well, government workers can be trained to recognize signs and symptoms of abuse and how to help.

Several recommendations were made concerning interdisciplinary education. It is important to identify those groups most likely to interact with seniors, such as pharmacists, personal support workers, and even dental care workers. We have had people from the Halton program sitting on some of our networks.

We should work with these groups toward a national standardized curriculum on senior abuse.

Personal support workers are one of the largest groups to interact with seniors in their homes, and may be the only contact an abused senior has with the broader community.

Other recommendations that can be broadened to encompass senior abuse involve public education initiatives. Part of healthy and active aging is learning how to reduce the risks of abuse and knowing where to access help. Most abused seniors do not know where to go for help and there is little consistency in what services are available across Ontario. This is a critical issue to be addressed.

In some places, service may consist of volunteers who answer a helpline between the hours of 11 a.m. and 3 p.m. maybe three days a week, and that is all that is available.

In Ontario, no single organization has the mandate to deal with senior abuse. Many organizations do not look for it and they do not find it. Too often, abused seniors do not fit mandates for service. This area again is a critical one that needs better integration, consistency, and some standardization across the province and across the country.

Most abuse happens in the community where seniors reside. The options listed in Chapter 4 to address abuse and neglect are all focused on providers and caregivers. There needs to be an option that focuses on the senior. As part of an integrated model, seniors need to be able to access the supports to help them manage an abusive situation, whether that means leaving or remaining. Seniors need more opportunities to learn about how to prevent and protect themselves from all types of abuse, with an emphasis on financial abuse. Financial abuse is the most commonly reported abuse, and seniors feel less threatened about learning about it.

Chapter 4, option 37, states, “Develop supports for caregivers and promote education to prevent burnout.” This option fits better in chapter 5, under “Options for Supporting Informal Caregivers.”

l’occasion d’informer la personne des moyens de prévenir l’exploitation et de se protéger contre celle-ci. Par ailleurs, les agents du gouvernement peuvent apprendre à déceler les signes et les symptômes de l’exploitation et comment intervenir.

Certaines recommandations ont été faites sur la question de la formation interdisciplinaire. Il est important de déterminer quels groupes entrent le plus souvent en rapport avec les personnes âgées, par exemple les pharmaciens, les préposés aux soins à domicile, et même les préposés aux soins dentaires. Des gens du programme de Halton sont membres de certains de nos réseaux.

Nous devrions travailler avec ces groupes à la mise au point d’un programme de formation normalisée portant sur la violence faite aux personnes âgées.

Les préposés aux soins à domicile forment l’un des groupes qui ont le plus d’interaction avec les personnes âgées chez elles, et ils sont parfois le seul contact que celles-ci ont avec le monde extérieur.

D’autres recommandations portant sur des initiatives d’éducation publique pourraient être élargies de manière à englober la question de la violence faite aux personnes âgées. Le vieillissement sain et actif consiste notamment à savoir réduire les risques de violence et à savoir à qui s’adresser pour demander de l’aide. La plupart des personnes âgées victimes de violence ne savent pas à qui s’adresser pour demander de l’aide, et il y a très peu d’uniformité dans les services offerts dans l’ensemble de l’Ontario. C’est un problème grave qu’il faut régler.

Dans certains endroits, le seul service offert est une ligne d’aide où des bénévoles répondent au téléphone entre 11 heures et 15 heures trois jours par semaine, et c’est tout ce qu’il y a.

En Ontario, aucun organisme n’a pour mandat de s’occuper des cas de mauvais traitements infligés aux personnes âgées. Bien des organismes ne posent aucune question et ne voient donc rien. Trop souvent, les aînés victimes de violence n’entrent jamais tout à fait dans le mandat des organismes. Voilà encore une fois un secteur qu’il est essentiel d’intégrer, d’uniformiser et de normaliser à l’échelle provinciale et nationale.

La plupart des situations de violence sont le plus souvent vécues dans la collectivité, où les aînés vivent. Les solutions proposées au chapitre 4 du rapport et qui ont trait à la violence et à la négligence sont toutes axées sur les fournisseurs et les soignants. Il faut une formule qui met l’accent sur l’aîné. Dans le cadre d’un modèle intégré, les aînés ont eu accès à du soutien pour les aider à gérer un problème de violence, que cela signifie partir ou rester. Les aînés doivent avoir des occasions d’apprendre comment prévenir toutes les formes de violence, et surtout l’exploitation financière, et comment s’en protéger. L’exploitation financière est la forme d’exploitation la plus fréquemment signalée, et les aînés se sentent moins vulnérables parce qu’ils apprennent des choses sur cela.

L’option 37, qui figure au chapitre 4, se lit comme suit : « Élaborer des mesures de soutien des aidants et promouvoir l’éducation afin de prévenir l’épuisement professionnel ». Cette option devrait figurer au chapitre 5, sous le titre « Options pour soutenir les aidants naturels ».

Feeling stressed and burned out does not automatically lead to abuse. The majority of caregivers who feel stressed on a daily basis do not abuse. Other factors must be present. Yes, we need to support caregivers who take on the burden of care, but not as an option under abuse.

Option 38 speaks to improved training. Again, this option needs to be broadened to include more than care providers. It should include government workers, landlords, pharmacists, bank tellers, and paramedics. Any front-line worker coming into contact with seniors should be trained to recognize the signs and symptoms of abuse and know what to do next.

In summary, my recommendations include: create a broader understanding of the causes of senior abuse and the associated risk factors so that senior abuse can be part of an integrated model on aging; examine the list of existing options throughout the report for opportunities to include senior abuse — I highlighted those in an appendix in my brief; broaden the training curricula of government workers and others to include abuse; add an option on education and intervention targeted to seniors; and create a better consistency of response for abused seniors across the province.

My colleague will present a brief case illustration.

Gail MacKenzie-High, Chair, Niagara Elder Abuse Prevention Network, Ontario Network for the Prevention of Elder Abuse: Thank you, Madam Chair, and honourable members of the committee. I thank you for the opportunity to respond to the Special Senate Committee on Aging Second Interim Report.

I am chair of the Niagara Elder Abuse Prevention Network. The following is drawn from my 22 years of experience in working with the senior population.

Given the estimates of older adults experiencing abuse at some point in their senior years, based on our current demographics, anywhere from 1,512 to 7,560 senior persons will experience abuse in this region alone.

I want to share with you a composite illustration of some of the situations that have occurred in the Niagara region throughout my years of experience, that will provide you with an image befitting the remarks of my colleague.

Rosa is a 79-year-old woman, suddenly widowed, less than a year, from her marriage of 55 years.

As a result of her husband's recent demise, her income, which was largely dependent upon his private pension, has been significantly reduced. Her home is in need of regular maintenance, a car is in need of repair although she does not

Le stress et l'épuisement professionnel ne conduisent pas nécessairement à la violence. La majorité des soignants qui vivent des situations de stress quotidiennement ne deviennent pas violents pour autant. Il faut que d'autres facteurs soient présents. Oui, nous devons soutenir ceux qui prennent en charge une personne qui a besoin de soins, mais il ne s'agit pas là d'une option à inscrire sous la rubrique de la violence.

L'option 38 porte sur l'amélioration de la formation. Encore une fois, il faut que cette option soit élargie à d'autres groupes que les fournisseurs de soins. Elle doit viser les employés du gouvernement, les propriétaires d'immeubles locatifs, les pharmaciens, les caissiers des banques et les travailleurs paramédicaux. Tout intervenant de première ligne qui entre en contact avec des personnes âgées devrait être formé à repérer les signes et les symptômes de la violence et savoir quoi faire en pareil cas.

Pour conclure, mes recommandations sont les suivantes : faire en sorte qu'il y ait une meilleure compréhension des causes de la violence faite aux aînés et de ces facteurs de risque afin que cette forme de violence puisse être intégrée au modèle de gestion du vieillissement; passer en revue la liste des options du rapport afin d'y insérer la question de la violence faite aux aînés — je cite celle-ci dans une annexe à mon mémoire; élargir le programme de formation des employés du gouvernement et d'autres intervenants afin d'y inclure la violence; ajouter une option d'information et d'intervention ciblant les personnes âgées; uniformiser les modes d'intervention car les personnes âgées se déplacent dans leur province.

Ma collègue va brièvement vous présenter un exemple de cas.

Gail MacKenzie-High, présidente, Niagara Elder Abuse Prevention Network, Réseau ontarien pour la prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées : Je remercie la présidente et les honorables membres du comité. Merci de nous offrir l'occasion de réagir au deuxième rapport provisoire du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement.

Je suis la présidente du Niagara Elder Abuse Prevention Network. Ce qui suit est tiré de mes 22 années d'expérience de travail auprès des personnes âgées.

D'après les estimations du nombre d'adultes âgés qui vont être victimes de violence à un moment donné au cours de leur vie, compte tenu de la situation démographique actuelle, entre 1 512 et 7 560 personnes âgées vont être victimes de violence dans la région seulement.

Je veux vous présenter un portrait composite de situations s'étant produites dans la région de Niagara depuis que je travaille dans ce domaine, de façon à illustrer les observations formulées par ma collègue.

Rosa est une femme de 79 ans, devenue veuve tout à coup il y a moins d'un an, après avoir été mariée pendant 55 ans.

En raison du décès récent de son mari, son revenu, qui était en grande partie fondé sur les prestations du régime de pensions privé de celui-ci, a beaucoup diminué. La maison de Rosa doit faire l'objet d'un entretien régulier, sa voiture doit être réparée,

drive, bills have been piling up, and Rosa is feeling overwhelmed. She has withdrawn socially from her previous activities due to financial worries and emotional exhaustion.

She does not want to move from her marital home. Her adult son has moved in with her six months ago in an effort to offset costs and assist with the maintenance of her home.

A community agency is called by neighbours, reporting that they often hear the son yelling and swearing, threatening to have his mother placed “in a home.”

In meeting with Rosa, the agency staff observed that she appeared to have some difficulty with her memory, although it is unclear as to whether this difficulty is the result of cognitive decline, or a reactive depression related to the recent loss of her spouse and her current situation.

Rosa reveals that her son has a history of sporadic employment and that she now suspects that he may have a substance abuse issue and perhaps a gambling problem. He denies these problems and thus refuses any assistance or help in these areas. Rosa gives money to her son to buy groceries for her, but little food is found in the house when agency staff visit, and Rosa reports that no change ever comes back from those shopping trips.

Rather than finding herself in a position where her situation is improved, Rosa finds herself further financially burdened.

She has one other adult child, a daughter, but she lives at a distance in another province. The daughter contacts her mother by phone on a weekly basis and has expressed concern that what assets her parents had saved are quickly being depleted.

Rosa discloses to agency workers that her son is sometimes verbally abusive. When asked if she thinks her son would ever hit her, Rosa denies it, but states she is afraid of him, claiming that when he drinks, he “gets into a fury and he could explode.”

Rosa wants help but expresses fear that if she asks her son to leave, she will not be able to stay in her home, and fears her only choice will be long-term care placement. While agency staff attempt to explore options with her, she chooses to take no action at that time.

Weeks later, Rosa presents to hospital with a fractured wrist, and upon physical examination, the physician notices bruising that is inconsistent with her explanations of their cause. With careful probing by hospital staff, Rosa reveals that her son has been pushing her around, and the police are notified.

Further investigation reveals that her assets have indeed by now been depleted and she may not be able to remain living in her home for much longer.

While charges will be laid against the son, Rosa has lost her ability to age in the place of her choice. She has lost her ability to be involved in the activities of her choosing due to her financial losses, and she has lost her relationship with her son. We need to

même si Rosa ne conduit pas, les factures s’accumulent, et Rosa se sent dépassée par les événements. Elle ne participe plus aux activités sociales auxquelles elle participait auparavant en raison de ses tracas financiers et de l’épuisement émotionnel.

Elle ne veut pas quitter le domicile conjugal. Son fils s’est installé avec elle il y a six mois pour lui permettre d’économiser de l’argent et pour l’aider à faire l’entretien de la maison.

À un moment donné, les voisins téléphonent à un organisme communautaire et rapportent qu’il arrive souvent que le fils de Rosa crie et jure, et menace de placer sa mère « dans un foyer ».

Lorsqu’il rencontre Rosa, l’agent de l’organisme remarque qu’elle semble avoir des troubles de mémoire, même s’il n’arrive pas à déterminer si ces troubles sont le résultat du déclin de ses facultés cognitives ou d’une dépression réactionnelle liée à la perte récente de son conjoint et à sa situation actuelle.

Rosa révèle à l’agent que son fils travaille de façon sporadique et qu’elle le soupçonne maintenant d’avoir des problèmes de consommation de drogue et peut-être aussi de jeu. Le fils de Rosa nie avoir des problèmes et refuse donc toute aide à cet égard. Rosa donne de l’argent à son fils pour qu’il fasse l’épicerie pour elle, mais l’agent de l’organisme constate qu’il y a peu de nourriture à la maison lorsqu’il rend visite à Rosa, et celle-ci lui dit que son fils ne lui rend jamais de monnaie lorsqu’il revient de faire les courses.

Plutôt que de se retrouver dans une meilleure situation, Rosa a un fardeau financier encore plus lourd à porter.

Elle a un autre enfant d’âge adulte, une fille, mais celle-ci vit dans une autre province. Elle téléphone à sa mère une fois par semaine, et elle s’est dite inquiète de ce que les économies de ses parents diminuent rapidement.

Rosa révèle aux travailleurs de l’organisme que son fils était parfois violent dans sa façon de s’adresser à elle. Lorsqu’on lui demande si elle pense que son fils la frapperait, elle répond que non, mais dit qu’elle a peur de lui, et elle affirme que, lorsqu’il a bu, il « se met en furie et pourrait exploser ».

Rosa voudrait qu’on l’aide, mais elle dit qu’elle a peur de ne pas pouvoir continuer de vivre chez elle si elle demande à son fils de quitter la maison, et elle a peur que le seul choix qui lui reste soit de vivre dans un foyer de soins de longue durée. Le personnel de l’organisme tente de trouver des solutions avec elle, mais elle décide de ne pas prendre de mesures dans l’immédiat.

Quelques semaines plus tard, Rosa se présente à l’hôpital avec un poignet fracturé, et, lorsqu’il l’examine, le médecin remarque qu’elle a des bleus qu’elle n’est pas en mesure d’expliquer de façon cohérente. Le personnel de l’hôpital tente avec délicatesse de savoir ce qui s’est passé, et Rosa révèle que son fils l’a poussée, puis on avise les services de police.

Un examen approfondi de la situation révèle que les économies de Rosa ont bel et bien diminué de façon importante, et il se peut qu’elle ne puisse plus vivre dans sa maison pendant longtemps.

Le fils de Rosa sera poursuivi, mais celle-ci n’aura dorénavant pas la possibilité de vieillir à l’endroit de son choix. Elle ne pourra plus non plus choisir les activités auxquelles elle s’adonnera, à cause des pertes financières qu’elle a subies, et sa relation avec son

know that while it might not appear to others to have been a relationship of value, it is still her child. There may be feelings of guilt and remorse associated with this loss, in turn leading to diminished self-esteem.

Physically, her injuries may take longer to heal and she may find herself with limitations affecting her ability to manage some of the daily activities that the rest of us take for granted.

An able person who, only a year ago, believed that she had control of her choices, found herself in a position of having inadequate income, suffering loss of trust, and facing imminent financial loss.

So, what would we have wanted for Rosa? We would want Rosa to maintain her choices in her senior years, and that goal supports options 24, 25 and 28 around income security, and all of Chapter 5 on aging in the place of choice.

We would want her to be able to identify the problem and to intervene before a crisis occurred, supporting option 38 on the training of human resource workers on senior needs.

We would want to prevent her financial loss, physical harm and emotional trauma, supporting option 39 around best practice guidelines.

In conclusion, I support the options identified in the report, while emphasizing the opportunity to expand upon many of them to include the prevention of senior abuse.

I respectfully recommend the expansion of options 37 through 40 to include education targeted toward the victims and potential victims, particularly the vulnerable and isolated seniors themselves.

I thank the committee for the invitation to present my remarks today, and for your consideration of our feedback on this second interim report.

Senator Cordy: Thank you very much and it is wonderful to be here. We enjoyed your scenery on our ride last night from the airport.

I am interested in the latest two comments about educating seniors in terms of elder abuse. First, I want to talk about how we educate seniors in terms of their rights and responsibilities. Educating and informing seniors is a concern. A high number of seniors in Canada do not receive their Canada Pension Plan because they are not aware of the fact that they must apply for it. The concern is, how do we educate them about receiving entitlements.

fil est anéantie. Nous devons comprendre que, si cette relation semble de l'extérieur ne pas avoir de valeur, il demeure que c'est son fils. Ce lien brisé pourrait être une source de culpabilité et de remords chez Rosa, ce qui pourrait occasionner une perte de confiance en soi.

Sur le plan physique, les blessures qu'elle a subies pourraient prendre beaucoup de temps à guérir, et Rosa aura peut-être de la difficulté à s'acquitter de tâches quotidiennes qui nous semblent aller de soi.

Ainsi, une personne capable, qui, il y a un an seulement, croyait pouvoir faire ses propres choix, s'est retrouvée dans la situation où son revenu est insuffisant, un lien de confiance a été brisé et elle est confrontée à des pertes financières imminentes.

Qu'aurions-nous souhaité pour Rosa? Nous aurions voulu qu'elle puisse continuer de faire ses propres choix malgré son âge avancé, et ce but correspond aux options 24, 25 et 28, qui touchent la sécurité du revenu, ainsi qu'à l'ensemble du chapitre 5, sur le fait de vieillir à l'endroit de son choix.

Nous aurions voulu qu'elle soit capable de constater le problème, pour qu'il puisse y avoir une intervention avant le déclenchement de la crise, ce qui correspond à l'option 38 sur la formation des ressources humaines en ce qui concerne les besoins des aînés.

Nous souhaiterions avoir été en mesure de prévenir les pertes financières, les blessures physiques et les traumatismes émotionnels qu'elle a subis, qui correspondent à l'option 39 sur les pratiques exemplaires.

Pour conclure, je suis en faveur des options décrites dans le rapport, mais j'insiste sur le fait qu'il serait indiqué de donner une plus grande portée à bon nombre d'entre celles-ci, de façon à inclure la prévention de la violence envers les personnes âgées.

Je recommande humblement qu'on étende la portée des options 37 à 40 pour inclure l'éducation ciblant les victimes et les victimes potentielles, et plus particulièrement les personnes âgées vulnérables et isolées elles-mêmes.

Je remercie le comité de m'avoir invitée à lui faire part de mes observations aujourd'hui, ainsi que de prêter attention à nos réactions au deuxième rapport intérimaire.

Le sénateur Cordy : Merci beaucoup; nous sommes très heureux d'être ici. Nous avons pu admirer le paysage de votre région hier soir, lorsque nous sommes venus de l'aéroport.

Je veux revenir sur les deux dernières observations au sujet de l'éducation des personnes âgées en ce qui concerne la violence dont elles peuvent être victimes. Je veux commencer par parler de la façon dont nous informons les personnes âgées de leurs droits et de leurs responsabilités. La question de l'éducation et de l'information est importante. Il y a beaucoup de personnes âgées au Canada qui ne touchent pas les prestations du Régime de pensions du Canada parce qu'elles ne savent pas qu'elles doivent présenter une demande. La question, c'est : comment faut-il s'y prendre pour leur expliquer comment toucher les prestations auxquelles elles ont droit?

Have you found any programs that work in terms of educating seniors themselves on how to recognize, because they do not always recognize, that they are being abused? That is the first question.

Ms. Etkin: It is a challenge because people are afraid of the word “abuse.” They do not want to admit it might happen, and there is that fear factor. So education is a challenge.

What I found to be useful when we have gone out to speak to seniors, in seniors’ centres, going to where seniors are, is changing the wording a little bit to how to protect yourselves or how to prevent injury. Again, since financial abuse is so common, that topic is popular with seniors and with many people. If we use the topic, “protecting your finances,” that way, we are able to bring in the other topics.

I think, as well, part of the education is not only for the senior, but for older adults, caregivers who provide care for the seniors. When we have worked with seniors where they are at, at senior centres taking part in programs and participating in senior fairs, that approach has been successful. The challenge, of course, is reaching those seniors who are not participating and who are more isolated.

Again, we have found it to be helpful to work with cultural groups. We have run programs where we have worked at providing the training to members of a particular diverse culture and then those members speak to their peers in their own language. Going to churches, temples and mosques is really finding out where seniors are.

In some of the diverse communities, the best place to reach seniors is through the grocery store and putting up pamphlets there.

I think there is no one particular approach. Again, I think the more we can integrate it into the activities that seniors are taking part in, the better. A growing number of seniors are becoming more computer literate. The Internet is a wonderful place as well to provide programming as long as it is senior-friendly.

Senator Cordy: You talked about training the public, and you gave examples of bank tellers, lawyers, physicians, pharmacists and landlords to recognize potential abuse so that the doctor in the hospital is not the only one noticing it. There are many people.

Should we have a national education program, and not necessarily call it “Look for abuse,” but “Watch for your neighbour”?

Ms. Etkin: There are many successful programs, even one right here in Niagara called Niagara Gatekeepers. The Gatekeepers program has that premise of training and highlighting people out

Avez-vous trouvé un programme qui fonctionne pour ce qui est d’enseigner aux personnes âgées elles-mêmes comment reconnaître — parce qu’elles n’y arrivent pas toujours — le fait qu’elles sont victimes de violence? C’est ma première question.

Mme Etkin : C’est difficile, parce que les gens ont peur du mot « violence ». Ils ne veulent pas admettre que c’est quelque chose qui peut se produire, et il y a là une peur. C’est donc difficile d’éduquer les gens.

Ce que j’ai trouvé qui fonctionnait lorsque nous sommes allés rencontrer des personnes âgées, dans des centres pour personnes âgées, là où elles vivent, c’est de changer la façon de dire les choses un peu, et de parler plutôt de façons de se protéger ou de prévenir les blessures. Encore une fois, comme l’exploitation financière est un phénomène si courant, c’est un sujet dont les personnes âgées et d’autres gens parlent beaucoup. En choisissant comme thème « la protection financière », nous sommes en mesure d’aborder les autres sujets.

Je pense par ailleurs qu’il faut éduquer non seulement les aînés, mais aussi les adultes âgés, les aidants qui s’occupent des aînés. Lorsque nous avons travaillé auprès d’aînés à l’endroit où ils vivent, dans des centres pour personnes âgées où ils prennent part à des programmes et participent à des salons organisés à leur intention, cette démarche a fonctionné. Le problème, bien entendu, consiste à joindre les aînés qui ne participent pas et qui sont isolés.

Nous avons aussi constaté que travailler avec des groupes culturels donne des résultats. Nous avons exécuté des programmes dans le cadre desquels nous avons fourni une formation à des membres d’une culture donnée, puis ces gens se sont adressés à leurs pairs dans leur langue maternelle. C’est dans les églises, dans les temples et dans les mosquées qu’on trouve les personnes âgées.

Dans certaines collectivités multiculturelles, le meilleur endroit pour joindre les personnes âgées, c’est à l’épicerie, et c’est là qu’il faut déposer des brochures.

Je pense qu’il y a plus d’une bonne démarche. À mon avis, plus nous intégrons cela aux activités auxquelles les aînés prennent part, mieux c’est. De plus en plus d’aînés savent utiliser un ordinateur. Internet est donc un autre moyen extraordinaire d’offrir des programmes, pour autant que ceux-ci soient conçus de façon conviviale pour les aînés.

Le sénateur Cordy : Vous avez parlé d’éduquer la population — vous avez donné l’exemple des caissiers de banque, des avocats, des médecins, des pharmaciens et des propriétaires d’immeubles locatifs — pour que les gens puissent détecter des situations où il peut y avoir de la violence, de façon que le médecin à l’hôpital ne soit pas le seul à le remarquer. Il y a beaucoup de gens.

Devrions-nous mettre sur pied un programme national d’éducation, sans nécessairement l’intituler « Attention à la violence », mais en l’appelant peut-être plutôt « Prenez soin de vos voisins »?

Mme Etkin : Il existe de nombreux programmes qui fonctionnent, et il y en a même un ici, dans la région de Niagara, qui s’intitule Niagara Gatekeepers. Le programme des

in the community to recognize abuse. Again, it can be expanded for all vulnerable seniors, so that we are looking at postal workers, and at people in the beauty salon.

There are examples. This program also exists in the States — probably Ms. MacKenzie-High can give you a little more information — where there is a heavy emphasis on training everybody who come into contact with seniors. If this was a national program, it would help to move it ahead and to increase the recognition factor.

Ms. MacKenzie-High: The Gatekeepers program started in the United States. It has been brought successfully to Niagara. I believe now they are looking at expanding on a provincial level, but absolutely, what we need is a national format of that program to ensure that the general public is trained in what to be aware of and what to report, where they can report it and where they can send people for help.

Also, the Ontario Network for the Prevention of Elder Abuse has created effective public service announcements that have been televised, that show demonstrations of abuse. I would like to see more of that work on a national level so that those people perhaps who cannot go to the public presentation will have an opportunity to say, that happened to me, and that might be abusive. Then, they have a number they can call.

We want to see it broadened on a national level.

Senator Cordy: My last question is for Mr. Ventresca.

I am interested in more information about your regional dementia centre. Is there a huge waiting list to access it, and how did it start?

I am also interested in your multi-agency team because that is a challenge, to have government departments working with one another, and how you brought government departments together.

Mr. Ventresca: The dementia centre was formulated after a number of community groups and consumer groups came together to recognize the need for two dimensions of dementia care. One is the respite side, where family caregivers care for their loved ones at home, but from time to time need support beyond, let us say, in-home respite, which Niagara region operates, or perhaps day programs which Niagara region operates.

We found that there was sometimes a need for overnight respite or several days of respite, so we created a place for eight. It is like a little bed-and-breakfast for eight people at a time who can come to live for overnight or for a few days. We also have a day program there, so that day, evening and night continuous respite can be offered to families, so that families can take a break from

Gatekeepers est fondé sur cette idée de former les gens de la collectivité pour qu'ils soient capables de déceler la violence. C'est quelque chose qui peut être étendu à tous les aînés vulnérables, et on peut penser par exemple aux employés des postes et aux gens qui travaillent dans un salon de beauté.

Il y a des exemples. C'est un programme qui existe aussi aux États-Unis — Mme MacKenzie-High peut sûrement vous donner un peu plus d'information là-dessus — où l'on met beaucoup l'accent sur le fait de former toutes les personnes qui entrent en contact avec des aînés. Si c'était un programme national, ça ferait avancer les choses et les gens reconnaîtraient mieux une situation de violence.

Mme MacKenzie-High : Le programme des Gatekeepers a vu le jour aux États-Unis. On l'a adopté avec succès dans la région de Niagara. Je pense que les gens qui en sont responsables envisagent d'en faire un programme provincial, mais je suis tout fait d'accord avec vous : ce qu'il faut faire, c'est d'en faire un programme national de façon à s'assurer que les gens sachent à quoi faire attention et ce qu'il faut signaler, à qui il faut le signaler et vers où aiguiller les gens qui ont besoin d'aide.

Par ailleurs, le Réseau ontarien pour la prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées a élaboré une série de messages d'intérêt public efficaces qui ont été télévisés, et qui présentent des exemples de violence. J'aimerais qu'on fasse davantage de travail du genre à l'échelle nationale pour que les gens qui, peut-être ne peuvent pas assister aux conférences publiques, puissent quand même dire, ça m'est arrivé, et c'est peut-être de la violence. Ces gens auraient ainsi un numéro où ils pourraient téléphoner.

Nous voudrions voir ce programme devenir un programme national.

Le sénateur Cordy : Ma dernière question s'adresse à M. Ventresca.

J'aimerais avoir plus d'information sur votre centre régional de soins aux personnes atteintes de démence. Est-ce que la liste d'attente est très longue? Comment ce centre a-t-il vu le jour?

Je m'intéresse également à votre équipe multiorganismes, parce que c'est un défi, de faire en sorte que les ministères travaillent en collaboration, mais vous y êtes arrivé.

M. Ventresca : La structure du centre a été définie après qu'un certain nombre de groupes communautaires et de groupes de consommateurs se sont réunis et ont reconnu la nécessité d'offrir deux volets de soins aux personnes atteintes de démence. L'un de ces volets est celui du répit, et il concerne les aidants qui s'occupent d'un être cher à la maison, mais qui, de temps à autre, ont besoin de plus de soutien, que, disons, le répit à domicile, dont la région de Niagara s'occupe ou encore que les programmes d'une journée que la région exécute.

Nous avons constaté que, dans certains cas, les gens ont besoin d'un répit de plus d'une journée, alors nous avons créé un endroit pour huit personnes. C'est comme un gîte où huit personnes à la fois peuvent passer une nuit ou quelques jours. Il y a également un programme de jour, ce qui fait qu'un répit peut être offert aux familles le jour, le soir ou la nuit, de façon continue, afin que les

time to time or, if something comes up in the family caregiving dynamic where perhaps a spouse looks after a person with dementia at home and the spouse takes ill or whatever, we have this service in Niagara. It operates across the entire Niagara region. It is located in St. Catharines and it is attached to one of our long-term care homes.

The beauty of that service was that it was along with the other side, which is a 17-bed bungalow again, for those who have advanced dementia, who are perhaps already living in a long-term care home or who need placement and are having difficulty being placed. It provides an opportunity for folks to be assessed for a 90-day period prior to admission to another facility. If they already are in a facility and that facility is struggling to maintain them in their facility due to behavioural issues that go beyond the capacity of that long-term care home to manage, then the facility can seek a transfer to this centre. Staff members who are better trained than the average long-term care home staff, along with the psycho-geriatric resource consultants from the psychiatric hospital in Hamilton, can work along with us to assess what interventions may work best, and then have these folks go back to their original long-term care home in their own community.

The beauty of that approach was that it was formed through community activists who came together, and through the municipality and through an opportunity that came up through the Ministry of Health in Ontario, to rebuild some of our aging facilities. We capitalized them and skimmed these beds from the larger component of beds to be developed, and created the centre.

The notion of an interdisciplinary multi-agency assessment team came up because they were already involved in the planning, so we said, the Alzheimer Society, the hospital and the psycho-geriatric consultants who are working in the community often have common clients. Why not come together as a team to assess their needs and then make a joint decision?

Our staff chair that committee, but when the folks are at the table, they are not really working for their agency, they are working for the person who is being assessed at that time. That is the beauty of the approach, and that is why they were nominated for an award; for making practical, integrated health care happen, which is often talked about.

As you know, in Ontario there are 14 Local Health Integration Networks who encourage and enable this kind of approach. We did it here in Niagara based on the needs of the individuals and the community's will to serve them in an integrated way.

Waiting list I think was the other part of the question.

familles puissent faire une pause de temps à autre, ou encore, s'il se produit quelque chose dans le processus de prestation de soins par la famille, par exemple si une personne s'occupe d'un conjoint atteint de démence à la maison et qu'elle tombe malade, nous offrons ce service dans la région de Niagara. Le service est offert à tous les habitants de la région. L'établissement se trouve à St. Catharines, et il s'agit d'une annexe à l'un de nos foyers de soins de longue durée.

La beauté de ce service, c'est qu'il y a aussi un bungalow de 17 places, encore une fois, pour les personnes atteintes de démence avancée, qui, dans certains cas, vivent déjà dans un foyer de soins de longue durée ou ont besoin d'être placées et ont de la difficulté à l'être. Cet établissement offre l'occasion aux gens de faire l'objet d'une évaluation pendant 90 jours avant d'être admis à un autre établissement. S'ils vivent déjà dans un établissement et que les responsables de celui-ci ont de la difficulté à les y garder parce qu'ils ont des problèmes de comportement que le foyer de soins de longue durée ne peut gérer, alors les responsables peuvent demander le transfert de la personne vers ce centre. Les membres du personnel du centre, qui sont mieux formés que la moyenne des employés des foyers de soins de longue durée, avec les consultants en psychogériatrie de l'hôpital psychiatrique de Hamilton, peuvent travailler avec nous afin de déterminer quelles sont les interventions qui pourraient fonctionner le mieux, avant de renvoyer les gens concernés dans leur foyer de soins de longue durée et dans leur collectivité.

La beauté de cette démarche, c'est qu'elle a vu le jour grâce au regroupement d'activistes communautaires, grâce à la municipalité et grâce à une possibilité de rénovation de certaines de nos installations vieillissantes, possibilités offertes par l'intermédiaire du ministère de la Santé de l'Ontario. Nous avons financé ces installations, récupéré des lits de gros ensembles de lits à mettre en place et créé le centre.

L'idée d'une équipe d'évaluation multiorganismes et interdisciplinaire est venue du fait qu'ils participaient déjà à la planification, alors nous avons dit : la Société Alzheimer, l'hôpital et les consultants en psychogériatrie qui travaillent dans la collectivité ont souvent des clients en commun. Pourquoi ne pas travailler en équipe pour évaluer leurs besoins puis prendre une décision ensemble?

Notre personnel préside ce comité, mais lorsque ces gens sont réunis, ils ne travaillent pas vraiment pour leur organisme respectif; ils travaillent plutôt pour la personne qui fait l'objet de l'évaluation à ce moment-là. C'est ça la beauté de l'approche, et c'est la raison pour laquelle nous sommes en nomination pour un prix, pour avoir fait des soins de santé pratiques et intégrés une réalité, cette chose dont on parle souvent.

Comme vous le savez, il y a en Ontario 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé qui encouragent et permettent ce genre d'approche. Nous avons fait cela ici, dans la région de Niagara, en fonction des besoins des gens et du désir de la collectivité de leur offrir des services intégrés.

Je pense que l'autre question portait sur les listes d'attente.

There is always more demand for service than there are resources to provide the service. In the area of complex dementia, the 17-bed unit is typically filled at all times and people apply that we cannot admit. That is why I said earlier in my remarks that we either assess their applicability or suitability to be placed in the T. Roy Adams Regional Centre for Dementia, named after a former mayor of St. Catharines and a long-term advocate for people's needs in Niagara. The Adams Centre either admits them or we provide alternative care in the event that we cannot, but yes, there usually is a waiting list.

On the respite side, it is more week to week and month to month, because the needs crop up as they are, but it operates at a high occupancy rate, although it is good to keep a few vacancies there to respond to the unforeseen needs that may arise from time to time.

Carol Rudel, Manager, Seniors Community Programs, Regional Municipality of Niagara Community Services Department: With regard to the respite centre, I want to describe some of the new features that I think are important if you consider a national respite program. It is important to consider respite in its broadest terms so that it is not restrictive in terms of its access.

The purpose of respite is to provide the caregiver with the necessary support at the time it is needed. If it becomes a complex program from an access point of view, then it becomes a burden on the broader health system.

If someone requires physician assessments prior to coming in or they require specific med pharmacy orders that require an individual from the community to continue to go back to various medical support services to access the centre, it becomes more cumbersome.

What we found with the Adams respite centre was a willingness in Niagara from a lot of community partners to take a look at the access protocols for a long-term-care funded respite bed, that being an overnight bed, which is offered through the Community Outreach and funded on the community side of things.

We realized that we needed to provide rapid response at a time that somebody needed it, and if access is too complex, then we cannot optimize the utilization of that program.

We introduced the adult day program into that location, recognizing that respite comes at any point within a 24-hour period. Somebody may need it for 24 hours, they may need it for 12 or they may need it for six. To establish a respite program, it is necessary to recognize that the need for respite does not fall within a defined period of time.

Il y a toujours davantage de demandes de service qu'il n'y a de ressources pour offrir les services. Pour ce qui est de la démence complexe, l'unité de 17 lits est habituellement occupée à pleine capacité en tout temps, et nous devons refuser certaines personnes qui présentent une demande. C'est la raison pour laquelle j'ai dit tout à l'heure dans mes observations que nous évaluons la possibilité que ces gens puissent être placés au T. Roy Adams Regional Centre for Dementia, qui porte le nom d'un ancien maire de St. Catharines qui a longtemps fait valoir les besoins des gens dans la région de Niagara. Soit le centre admet ces gens, soit nous leur offrons d'autres types de soins si c'est impossible, mais, oui, il y a habituellement une liste d'attente.

Pour ce qui est du répit, c'est davantage une situation qui varie de semaine en semaine et de mois en mois, parce que les besoins se font sentir au fur et à mesure, mais le taux d'occupation est toujours élevé, quoi qu'il soit indiqué de garder quelques places libres pour répondre aux besoins prévus qui surviennent de temps à autre.

Carol Rudel, gestionnaire, Programmes communautaires aux aînés, Services communautaires de la municipalité régionale de Niagara : En ce qui concerne le centre de répit, j'aimerais décrire certaines des nouvelles caractéristiques qui, selon moi, sont importantes, si l'on envisage la création d'un programme national de répit. Il est important de définir le répit de la façon la plus générale possible pour que l'accès au programme ne soit pas restreint.

Le but du répit, c'est d'offrir à l'aidant le soutien dont il a besoin au moment opportun. Si le programme devient complexe du point de vue de l'accès, alors ce programme est un fardeau pour l'ensemble du système de santé.

Lorsqu'une personne doit subir un examen médical avant d'accéder au centre ou si l'on exige des ordonnances qui font qu'une personne de la collectivité doit continuer d'avoir recours à différents services de soutien médical, le processus devient lourd.

Ce que nous avons constaté, au centre de répit Adams, c'est qu'il y a une volonté, chez beaucoup de partenaires communautaires de la région de Niagara, de jeter un coup d'œil sur les protocoles d'accès à une place financée dans un centre de répit à long terme, c'est-à-dire à un lit où il est possible de passer la nuit, cette place étant offerte par le centre communautaire et financée du côté communautaire.

Nous nous sommes aperçus qu'il fallait que nous intervenions rapidement au moment où la personne en a besoin, et que si l'accès était trop compliqué, nous ne pouvions arriver à rendre optimale l'utilisation du programme.

Nous avons instauré le programme de jour pour les adultes à cet endroit, à la lumière du fait que le répit peut être nécessaire à n'importe quel moment de la journée. Une personne peut avoir besoin d'un répit pendant 24 heures, pendant 12 heures ou encore six. Pour établir un programme de répit, il faut comprendre que le besoin de répit ne se fait pas sentir pendant une période définie.

The Chair: Thank you very much. Before I turn to Senator Mercer and Senator Chaput, I need a motion, senators. Apparently, local television will come to the meeting. They have agreed to abide by our normal rules. Can I have approval that television cameras can set up? So agreed.

Senator Mercer: I found this discussion of elder abuse disturbing but also some of the suggestions that you made intriguing. I find the financial abuse in the case of Rosa, that you gave, interesting.

Yesterday, I attended a meeting of the Ontario Seniors' Secretariat Liaison Committee in Toronto, on behalf of the committee. One thing that was brought up by the francophone organization, La Fédération des aînés et jeunes retraités francophones de l'Ontario, FAFO, was that they had put together a new booklet on the ABCs of fraud.

When we have difficulty talking about the financial abuse that happens, and a good deal of it coming from family members, if we could find a way to somehow work it into the education of the community and of seniors themselves, it might be interesting if we could use some of the good work that has already been done by others.

I am curious, though. You talked about the need for cross-disciplinary education and to involve people in reporting or identifying elder abuse. We talked about pharmacists, doctors, nurses, dentists, Veterans Affairs Canada personnel, bank tellers, lawyers, postal workers, and probably others that I have missed. That is a long list of people.

How do we protect the privacy of both the senior and the reporter of a potential elder abuse, and also not put such an onus on reporters that they will not report because it will cause too much trouble for them to report what they have seen?

Ms. Etkin: I think we do not necessarily want to go with the reporting mentality. It is more that we want those people to recognize that this person may be abused and provide them with the option that help is available, and where they can find it, or, depending on the person, they may be able to offer some of those supports.

For example, for bank tellers, for financial managers, it is usually obvious that something is going on. Large amounts of money are missing, someone always accompanies the senior and the senior is forced to sign documents. There are simple things they can do at that level in terms of speaking with the senior alone and letting them know some of the dangers of a joint bank account. For example, if they add this person's name to the account, does the senior know that in five minutes that person can clear the account out? Most people are not aware of those things.

La présidente : Merci beaucoup. Avant que je puisse céder la parole au sénateur Mercer et au sénateur Chaput, il faut que vous proposiez une motion, sénateurs. Il semble que les gens d'une chaîne de télévision locale vont venir filmer la réunion. Ils ont accepté de se plier à nos règles habituelles. Puis-je obtenir votre approbation quant au fait qu'on installe des caméras de télévision ici? C'est donc adopté.

Le sénateur Mercer : Je trouve troublante la discussion que nous avons sur la violence envers les aînés, mais je trouve également intrigantes certaines des suggestions que vous avez faites. Le cas d'exploitation financière que vous avez présenté, celui de Rosa, est intéressant.

J'ai assisté hier à une réunion du comité de liaison du Secrétariat aux affaires des personnes âgées de l'Ontario, et j'y représentais le comité. Une chose dont ont parlé les représentants de l'organisation francophone, la Fédération des aînés et jeunes retraités francophones de l'Ontario, ou FAFO, c'est qu'ils ont publié un nouveau livret sur l'ABC de la fraude.

Comme nous avons de la difficulté à parler d'exploitation financière, qui est en grande partie le fait des membres de la famille, si nous pouvions trouver le moyen d'intégrer cela à l'éducation des membres de la collectivité et des aînés eux-mêmes, ce serait intéressant si nous pouvions nous appuyer sur le travail de qualité que d'autres ont déjà fait.

Je suis curieux, cependant. Vous avez parlé du besoin d'offrir des programmes d'éducation interdisciplinaires et de faire participer les gens au processus de dénonciation ou de détection de la violence envers les aînés. Nous avons parlé des pharmaciens, des médecins, des infirmières, des dentistes, du personnel d'Anciens Combattants Canada, des caissiers de banque, des avocats, des employés des postes, et nous avons probablement parlé d'autres personnes concernées, mais j'ai raté ce qui s'est dit. C'est une longue liste de gens.

Comment faire pour protéger la vie privée à la fois de l'aîné et de la personne qui dénonce ce qui pourrait être un acte de violence commis envers l'aîné? Comment faire aussi pour ne pas imposer un fardeau de preuve trop important au dénonciateur, afin d'éviter qu'il décide de ne pas dénoncer la violence parce que cela devient trop compliqué pour lui de faire état de ce qu'il a vu?

Mme Etkin : Je pense que nous ne devrions pas nécessairement instaurer un climat de dénonciation. C'est plutôt que nous voulons que les gens dont nous avons parlé s'aperçoivent qu'un aîné est peut-être dans une situation de violence et qu'ils puissent leur indiquer qu'ils peuvent obtenir de l'aide et où, ou encore, selon le rôle que jouent ces personnes, peut-être d'offrir eux-mêmes cette aide.

Pour les caissiers de banque et pour les gestionnaires financiers, par exemple, c'est généralement évident que quelque chose se passe. De grosses sommes d'argent manquent, quelqu'un accompagne toujours l'aîné, et l'aîné est forcé de signer des documents. Il y a des choses simples qu'ils peuvent faire, c'est-à-dire discuter seul à seul avec l'aîné et lui expliquer quels sont les risques liés au fait d'avoir un compte conjoint. Si, par exemple, l'aîné inscrit le nom de telle ou telle personne à son compte, sait-il que cette personne peut vider son compte dans les cinq minutes

Does the senior know their pension cheque can be deposited directly into the bank account, so that when their nephew shows up on May 1, because that is when the cheque comes, they do not need to worry about that cheque.

People can do a lot of practical things. I think part of the issue is that elder abuse is so hidden, so bank tellers and others do not think about it, because we do not see it on the media, we do not hear about it, and so it is not at the top of their list.

Senator Mercer: I want to continue with bank tellers and bank managers for a moment, because we all end up dealing with that common denominator in our lives, whether we are young or old.

Do we have programs to educate bank tellers to watch for abuse? I had a personal incidence in the family recently with my uncle, who was making some financial changes. When he contacted his lawyer, his son was with him. The lawyer pointedly removed the son from the room and said, is this what you really want to do? The lawyer determined that change was exactly what my uncle wanted to do, which was fine. However, bank tellers and bank managers are not social workers. They are not people who are normally trained to identify abuse.

Have we embarked, or maybe we should embark, on an education program through the banks and through the credit unions to say, here are warning signs to look for, and here are simple things you can do to help, by asking several questions of the people.

Ms. Etkin: There are programs already that some banks have gone ahead with; I think the Bank of Nova Scotia and the Royal Bank. The problem is, the program is not standardized across the province, and it is not in every branch. We are not trying to make them into social workers because we would target the education to their area of expertise, which is finances.

Most of the time, if we speak to the bank tellers, they knew something was going on, but they did not know what to do about it. There was no policy and no mention of it. They are leery about confidentiality. They do not understand the boundaries. I think there is a lot they could do that they would welcome.

As an example, my mother, who is 87 years old, lives alone in Winnipeg. I am a Winnipegger. When my father passed on, she had never handled the finances. She went to the bank. The bank

qui suivent? La plupart des gens ne sont pas conscients de ce genre de chose. L'aîné sait-il qu'il est possible de faire déposer son chèque de pensions directement dans son compte bancaire, de façon à ne pas avoir à se préoccuper de ce chèque lorsque son neveu lui rend visite le 1^{er} mai, parce que c'est à ce moment-là que les chèques arrivent.

Les gens peuvent faire beaucoup de choses dans la pratique. Je pense qu'une partie du problème, c'est que la violence envers les personnes âgées est cachée, ce qui fait que les caissiers de banque et les autres personnes qui côtoient les aînés n'y pensent pas, parce qu'on n'en parle pas dans les médias, ou parce qu'on n'en entend pas parler, et cela ne figurerait donc pas en tête de leur liste.

Le sénateur Mercer : Je veux continuer de parler des caissiers et des directeurs de banque pendant quelques instants encore, parce que nous finissons tous par avoir affaire à eux, qui sont un dénominateur commun de notre vie, que nous soyons jeunes ou vieux.

Existe-t-il des programmes visant à former les caissiers de banque pour qu'ils décelent l'exploitation? Quelque chose est arrivé récemment dans ma famille lorsque mon oncle a décidé d'apporter certains changements dans sa situation financière. Lorsqu'il a rencontré son avocat, son fils était avec lui. L'avocat a explicitement demandé au fils de sortir de la pièce et il a demandé à mon oncle s'il souhaitait réellement apporter les modifications dont il était question. L'avocat a donc vérifié que les modifications correspondent exactement au souhait de mon oncle, ce qui est une très bonne chose. Les caissiers et directeurs de banque ne sont cependant pas des travailleurs sociaux. Ils ne sont habituellement pas formés pour déceler l'exploitation.

Avons-nous mis sur pied un programme d'éducation — ou peut-être devrions-nous le faire — dans les banques et dans les caisses populaires pour dire : voici les signes auxquels il faut être attentif, et voici quelque chose de simple que vous pouvez faire pour aider, en posant quelques questions aux gens.

Mme Etkin : Il y a déjà des banques qui ont adopté certains programmes; je pense qu'il s'agit de la Banque Scotia et de la Banque Royale. Le problème, c'est que le programme n'est pas uniformisé dans l'ensemble de la province et il n'est pas offert dans toutes les succursales. Nous n'essayons pas de faire des gens qui travaillent dans les banques des travailleurs sociaux, parce que nous ferions en sorte que le programme d'éducation soit axé sur leur domaine d'expertise, qui se trouve à être les finances.

La plupart du temps, lorsque nous interrogeons les caissiers de banque, ils disent qu'ils savaient qu'il se passait quelque chose, mais sans savoir quoi faire. Il n'y a pas de politique, et ils n'ont jamais entendu parler de l'exploitation. Le respect de la confidentialité les préoccupe. Ils ne savent pas quelles sont les limites. Je pense qu'il y a beaucoup de choses qu'ils seraient contents de faire.

Je vais vous donner l'exemple de ma mère, qui a 87 ans et qui vit seule à Winnipeg. Je viens de Winnipeg. Mon père est décédé, et elle ne s'était jamais occupée des questions financières

had a long-standing relationship with my father and they were excellent. They had a separate area set up for seniors. They helped her. It was marvellous.

After five years, as you know, the bank tellers and everybody rotate. Those people, away they went. The next time I went to the bank with my mother, that relationship was gone. There was no more seniors' corner; there was no one there who knew my mom. She had to go in the regular line with the bank tellers and speak loudly, and she did not know what was going on. The person behind would have total input into all her financial stuff. Why did that happen? It was such a wonderful program.

Sometimes, it is dependent, I think, on who the bank manager is and whether the bank has a huge population of seniors in that branch, but there is no reason why it cannot be more standardized.

The Chair: If I can interject for a moment, it can also happen the other way around.

In my father-in-law's case, \$72,000 was taken from his account by a teller.

Ms. Rudel: Here in Niagara at least, and this is where I think we need to expand to a national type of program, the Gatekeepers program is volunteer-driven and part of their mandate is to train and educate bank tellers and bank managers. I know there are fraudulent bank tellers as well, unfortunately, but we need to educate the honest ones what to look for and what to recognize.

We have designed an effective system here in Niagara, although we probably need more Gatekeepers volunteers to help us with that. The Gatekeepers organization has partnered, in fact, with the Community Care Access Centre to monitor what we call the Gatekeeper Line, so those bank tellers can then contact the CCAC Gatekeeper Line and volunteers take the basic information and forward it to the most appropriate agency.

If, for example, it is a scenario of potential financial abuse, the most likely scenario is that the CCAC would forward that information to one of the community workers with seniors' community programs for the region of Niagara, who would then go and investigate with that person. It may well become a police issue if it is a fraudulent act or a theft, but the community worker will walk with them through that process.

auparavant. Elle s'est rendue à la banque. Les gens de la banque entretenaient depuis longtemps une relation avec mon père, et ils faisaient un excellent travail. Il y avait à la banque une section réservée aux aînés. Les gens de la banque ont aidé ma mère. C'était merveilleux.

Après cinq ans, comme vous vous en doutez, les caissiers et tout le reste du personnel de la banque s'étaient renouvelés. Les gens qui étaient là auparavant étaient partis. Lorsque je suis retournée à la banque avec ma mère, il était devenu impossible de recréer le lien qu'elle avait eu avec les employés de la banque. Il n'y avait plus de coin réservé aux aînés; personne là-bas ne connaissait ma mère. Elle a dû faire la file pour aller à une caisse ordinaire et parler fort, et elle ne savait pas ce qui se passait. La personne qui se trouvait derrière elle dans la file pouvait entendre toute l'information sur la situation financière de ma mère. Pourquoi est-ce que les choses se sont passées ainsi? C'était un programme tellement extraordinaire!

Je pense que ça dépend parfois du directeur de la banque et du fait qu'il y a ou non beaucoup de clients âgés à cette banque, mais rien n'empêche d'uniformiser davantage ce genre de chose.

La présidente : Si vous me permettez d'intervenir, les choses se passent parfois aussi dans l'autre sens.

Dans le cas de mon beau-père, un caissier de banque a pris 72 000 \$ dans son compte.

Mme Rudel : Ici, dans la région de Niagara, du moins — et je pense que c'est à cet égard qu'il faut transformer l'idée en un programme national —, le programme des Gatekeepers est exécuté par des bénévoles, et leur mandat consiste en partie à former et à éduquer les caissiers et les directeurs de banque. Je sais qu'il y a aussi des caissiers de banque mal intentionnés, malheureusement, mais nous devons continuer d'éduquer les caissiers honnêtes pour qu'ils puissent savoir à quoi être attentifs et pour qu'ils puissent reconnaître les signes d'exploitation.

Nous avons mis au point un système efficace dans la région de Niagara, quoique nous avons probablement besoin de plus de bénévoles pour nous donner un coup de main, avec ce programme des Gatekeepers. En fait, l'organisation des Gatekeepers s'est associée au Centre d'accès aux soins communautaires pour s'occuper de ce que nous appelons la ligne Gatekeeper, de façon que les caissiers de banque puissent utiliser la ligne Gatekeeper CASC pour communiquer les renseignements de base sur le cas d'un aîné aux bénévoles qui s'occupent de la ligne et qui transmettent ces renseignements à l'organisme le mieux placé pour s'occuper du cas.

Si, par exemple, il s'agit d'une situation où il est possible qu'un aîné soit victime d'exploitation financière, ce qui est le plus susceptible de se passer, c'est que le CASC fasse parvenir ces renseignements à l'un des travailleurs communautaires des programmes communautaires offerts aux aînés dans la région de Niagara, qui, eux, se chargeraient ensuite de communiquer avec l'aîné pour obtenir davantage de détails. Le dossier peut très bien être renvoyé à la police s'il s'agit d'un acte frauduleux ou d'un vol, mais le travailleur communautaire accompagne l'aîné dans ce processus.

There is some support but even here in Niagara, we could use more bodies, and indeed, to expand the program on a national basis. Whether it is called Gatekeepers or something else, it is the direction to go.

Senator Mercer: You have anticipated my next question, which was exactly that. Perhaps, we should make a note of the Gatekeeper program because it might be under our heading of Best Practices. It is obviously one that we might want to steal from you. It is a good idea.

Ms. Etkin: Our organization also has already developed a curriculum that can be used for these various groups, so we would not need to start from scratch to develop these materials.

Senator Mercer: Is it possible to make that curriculum available to the committee?

Ms. Etkin: I believe we brought a copy for you, as well as the public service announcements that you can take a look at.

Senator Mercer: I thought it might be a good idea that the committee view the public service announcements at some point when we go back to Ottawa.

Mr. Peirce, as you moved through your report, your support and recommendations on our recommendations, you talked about telemedicine, about which we have not had a discussion on before.

Can you expand on what is happening in the region, how it is being used or how you would like to see it expanded?

Mr. Peirce: Telemedicine is an emerging field that has the capacity to expand the availability of services or the ease of delivery of services.

Three telemedicine networks in Ontario were merged in the last year to year and a half to form the Ontario Telemedicine Network. They have three priorities: administrative efficiencies to hold multi-site meetings; educational opportunities; and clinical efficiencies to provide, for instance, wound care off-site, where a camera is there, and a specialist can be in a specific site, see wounds from all over the province, and make recommendations on the treatments, et cetera.

That type of program has unlimited capacity to expand available limited resources.

Il y a un certain soutien, mais, même ici, dans la région de Niagara, nous pourrions employer plus de monde, et, en fait, transformer le programme en un programme national. Que le programme national porte le nom de programme des Gatekeepers ou un autre nom, c'est la voie qu'il faut emprunter.

Le sénateur Mercer : Vous avez répondu exactement à la question que j'allais poser. Nous devrions peut-être noter le nom du programme des Gatekeepers, parce qu'il conviendrait peut-être d'en parler dans notre rapport sous le titre Pratiques exemplaires. C'est certainement une idée que nous pourrions vouloir vous voler. C'est une bonne idée.

Mme Etkin : Notre organisation a par ailleurs déjà élaboré un programme d'éducation qui pourrait être utilisé pour ces différents groupes, ce qui fait que nous n'aurions pas à tout recommencer à zéro lorsqu'il s'agira de rédiger les documents nécessaires.

Le sénateur Mercer : Pourriez-vous fournir un exemplaire de ce programme au comité?

Mme Etkin : Je pense que nous vous en avons apporté un exemplaire, ainsi qu'un exemplaire du texte des messages d'intérêt public dont nous avons parlé tout à l'heure, et vous pourriez jeter un coup d'œil là-dessus.

Le sénateur Mercer : Je pense que ce serait peut-être une bonne idée que les membres du comité visionnent ces messages d'intérêt public à un moment donné, lorsque nous serons de retour à Ottawa.

Monsieur Peirce, lorsque vous avez passé en revue notre rapport et que vous nous avez parlé des recommandations avec lesquelles vous étiez d'accord et des recommandations que vous nous faites concernant celles-ci, vous avez parlé de télémédecine, et c'est quelque chose dont nous n'avions jamais discuté auparavant.

Pouvez-vous nous dire ce qui se passe dans ce domaine dans la région et nous expliquer comment on utilise cela et en quoi vous aimeriez voir la portée de cet outil élargi?

M. Peirce : La télémédecine est un nouveau domaine qui offre la possibilité d'accroître l'offre de services ou de faciliter la prestation des services.

Trois réseaux de télémédecine ont été fusionnés en Ontario au cours de l'année ou de l'année et demie qui vient de s'écouler, et cette fusion a donné lieu à la création du Réseau télémédecine Ontario. Les responsables de ce réseau ont trois priorités : sur le plan administratif, les économies rendues possibles par la tenue de réunions à distance; les possibilités qui s'offrent au chapitre de l'éducation; sur le plan clinique, les économies qui sont rendues possibles par le fait, par exemple, de pouvoir soigner des blessures à distance, c'est-à-dire qu'on installe une caméra là où la personne blessée se trouve et qu'un spécialiste qui travaille dans un endroit précis peut voir sur un écran les blessures de gens se trouvant un peu partout dans la province et formuler des recommandations sur les traitements, et ainsi de suite.

Ce genre de programme offre des possibilités infinies d'expansion de ressources limitées.

A second program that is currently in a test phase in Ontario is a program with family health teams on using telehome care, instead of telemedicine, for chronic disease management. This care does not have the camera component but transmits data — vital signs, et cetera — for people with specific chronic disease conditions that are then monitored centrally.

If somebody has congestive heart failure and all of a sudden their weight goes up over a short period of time, that is identified and the caregiver says: do they need to take a Lasix; do they need a visit; or do they need to go to an emergency department.

Those sorts of modalities, especially in more rural and remote areas, have tremendous capability and are expanding.

For telemedicine, I will bow to the Maritimes. In New Brunswick, there is a post-cardiac program where people take a camera and equipment home to monitor post-heart condition and hospitalization stays, and it has had tremendous results.

It is an emerging technology that helps deal with the health human resource shortage.

Senator Mercer: I will put my other hat on. I have been involved in a study on rural poverty. One big problem we talked about there was the real problem of transportation in rural areas. Telemedicine might eliminate that seemingly necessary visit to the doctor that they cannot manage because they are elderly and they require assistance to go there.

Mr. Peirce: As a further example, with the Community Care Access Centre, many of our shorter stay clients are on-service with respect to post-surgical or other wound care issues. There are a limited number of wound care specialists in this province. With an expansion of telemedicine, if the wound care specialist can be centralized and work with a nurse who makes a visit, there is the capacity to use that expertise on a much broader basis.

Senator Mercer: Do we use nurse practitioners in that program as well as doctors?

Mr. Peirce: Yes, definitely; I am not sure if wound care specialists technically would be nurse practitioners, advanced care nurses or advanced practice nurses.

The Chair: Not so many years ago, I observed a pilot project in Prince Edward Island, which was an incredible monitoring system of patients in their home, where blood pressure, pulses and all

Un autre programme qui est actuellement mis à l'essai en Ontario fait intervenir des équipes de santé familiale qui utilisent les télésoins à domicile, plutôt que la télémédecine, pour la gestion des maladies chroniques. Dans ce cas, il n'y a pas de caméras, mais les données — les signes vitaux, et ainsi de suite — concernant des gens atteints de certaines maladies chroniques sont analysées de façon centralisée.

Si une personne a une défaillance cardiaque et que, tout à coup, son poids augmente sur une courte période, on le relève, et l'aidant demande si la personne doit prendre Lasix, si elle doit être examinée par un médecin ou si elle doit se rendre à l'urgence.

Ce genre de moyens d'intervention offre énormément de possibilités et est en expansion, surtout dans les régions rurales et éloignées.

Pour ce qui est de la télémédecine, je lève mon chapeau aux Maritimes. Au Nouveau-Brunswick, il y a un programme de suivi postcardiaque dans le cadre duquel les gens apportent une caméra et un certain équipement à la maison pour surveiller l'état de santé postcardiaque et postérieur à un séjour à l'hôpital, et ce programme a donné des résultats extraordinaires.

Il s'agit d'un nouvel outil technologique qui contribue à régler le problème de la pénurie de ressources humaines en santé.

Le sénateur Mercer : Je vais aborder les choses du point de vue de mon autre rôle. J'ai participé à une étude sur la pauvreté rurale. L'un des problèmes importants dont nous avons parlé dans le cadre de cette étude, c'est celui très réel des transports en milieu rural. Grâce à la télémédecine, les patients âgés pourront peut-être éviter les visites chez le médecin qui semblent nécessaires, mais qui posent problème pour eux parce qu'ils sont âgés et qu'ils ont besoin d'aide pour se rendre chez le médecin.

M. Peirce : Pour vous donner un autre exemple, dans notre Centre d'accès aux soins communautaires, bon nombre de nos clients qui y font de courts séjours sont suivis à la suite d'une intervention chirurgicale ou pour une autre raison liée aux soins des plaies. Il n'y a qu'un petit nombre de spécialistes de soins des plaies dans la province. Avec l'expansion de la télémédecine, si le spécialiste du soin des plaies pouvait travailler sans avoir à se déplacer et avec l'aide d'une infirmière qui s'occuperait des visites, alors il serait possible de mettre à profit son expertise beaucoup plus qu'en ce moment.

Le sénateur Mercer : Avons-nous recours à des infirmières praticiennes dans le cadre de ce programme, ainsi qu'à des médecins?

M. Peirce : Oui, assurément; je ne sais pas si, à strictement parler, les spécialistes du soin des plaies sont des infirmières praticiennes, des infirmières prodiguant des soins avancés ou des infirmières exerçant à un niveau avancé.

La présidente : Il n'y a pas si longtemps, j'ai observé le déroulement d'un projet pilote à l'Île-du-Prince-Édouard, et c'était un incroyable système de suivi des patients à domicile,

that kind of thing could be taken routinely every day. The home care nurse called the patient. The patient was in front of their little machine and all that information was immediately relayed.

It seems to me that we have not made nearly the kind of advances that we should have made in the further promotion of that technology, but what about further promotion of health information on your health card?

The common complaint I receive from seniors is the continual amount of testing that they are required to go through when they go from one doctor to another doctor, to another doctor, when all that information could be encrypted and could go with the patient.

What is your attitude about that kind of innovative thinking, Mr. Peirce and Mr. Ventresca?

Mr. Peirce: I believe each of the 14 Local Health Integration Networks have what is called a new Integrated Health Services Plan, IHSP. Every one of them has, as one of their priorities, the advancement of the electronic health record. It is a high cost investment but it may be short-term pain for much longer-term gain. Accurate, timely information that reduces duplication of tests and misinformation being communicated has merit. I believe as much effort as is necessary should be put into it to advance it nationally.

Mr. Ventresca: I think Mr. Peirce has nailed that issue nicely there.

The only thing I could add is, from the perspective of long-term care home operators, where we have come together within the area of the Local Health Integration Network, LHIN, a group of 20-some-odd homes have expressed an interest in becoming involved in some of the LHIN initiatives to record or have the information available electronically and share it so that seniors tell their story once and not have to repeat it over and over again. More importantly or equally important is not to have the system repeat all those tests with all the expenses involved.

The issue we face is one of funding. It would have to be at a higher level at the provincial level to say that this will be —

The Chair: Federal —

Mr. Ventresca: I do not want to go into any areas of federal and provincial jurisdictional discussions, but if there was a national standard or framework for this kind of thing, possibly with funding to be distributed to the provinces and territories to initiate it, that would be wonderful.

dans le cadre duquel on prenait la tension artérielle, le pouls et ce genre de chose tous les jours. L'infirmière s'occupant des soins à domicile téléphonait au patient. Celui-ci se tenait devant sa petite machine, et toute cette information était transmise directement à l'infirmière.

Il me semble que nous sommes loin d'avoir réalisé les progrès que nous aurions dû réaliser dans la promotion de cette technologie, mais qu'en est-il de la promotion de l'idée d'utiliser la carte d'assurance maladie pour stocker de l'information sur la santé?

J'entends souvent des aînés se plaindre des nombreux examens qu'ils doivent constamment subir lorsqu'ils changent de médecin, alors que toute cette information pourrait être encryptée et suivre le patient.

Monsieur Peirce, monsieur Ventresca, que pensez-vous de ce genre d'idées nouvelles?

M. Peirce : Je crois que chacun des 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé a ce qui s'appelle un plan de services de santé intégré, ou PSSI. La promotion du dossier électronique de santé fait partie des priorités de tous ces plans. Il s'agit d'un investissement important, mais c'est un effort à faire à court terme qui pourrait donner lieu à des gains importants à long terme. Un mécanisme qui permettrait d'obtenir de l'information exacte en temps opportun et qui éviterait la multiplication des examens et la transmission d'information erronée serait un mécanisme de grande valeur. Je pense qu'il faudrait déployer tous les efforts nécessaires pour faire la promotion de cet outil à l'échelle nationale.

M. Ventresca : Je trouve que M. Peirce a bien décrit la situation.

La seule chose que j'ajouterais, c'est que, du point de vue du foyer de soins de longue durée, où nous nous sommes réunis, dans la région qu'englobe le Réseau local d'intégration des services de santé, ou RLISS, les responsables d'un groupe de quelque 20 foyers se sont dits intéressés à participer à certaines des initiatives du RLISS consistant à enregistrer l'information ou à en disposer en format électronique et à l'échanger, de façon que les aînés puissent raconter leur histoire une seule fois, plutôt que d'avoir à la répéter encore et encore. Ce qui est encore plus important, ou peut-être tout aussi important, c'est que l'intervenant du système n'ait pas à refaire tous ces examens, avec toutes les dépenses que cela suppose.

Le problème auquel nous sommes confrontés est un problème de financement. Il faudrait que ce soit à un niveau plus élevé, à l'échelle provinciale, pour que l'on puisse dire que cela va être...

La présidente : Fédérale...

M. Ventresca : Je ne veux absolument pas lancer un débat sur les compétences fédérales et provinciales, mais, s'il y avait une norme ou un cadre national pour ce genre de chose, peut-être assorti de financement pour permettre aux provinces et aux territoires de lancer l'initiative, ce serait extraordinaire.

From an operator's point of view, we would want to do that. I think our consumers would be interested. It is a matter of a strategy, with funding to accompany it, to make it happen.

The Chair: Before I turn the floor over to Senator Chaput, I will introduce a colleague from "the other place." We never refer to members of the House of Commons and the Senate chamber as "the members of the House of Commons" or "members of the Senate." We refer to them as "the members from the other place."

The member from the other place at the back of the room is John Maloney. Nice to see you, John.

John Maloney, Member of Parliament for Welland: Welcome to Welland.

Senator Chaput: My first question is for Mr. Ventresca.

In your conclusion, you talked about the role of a national enabler and knowledge broker. Interestingly enough, our committee had a witness who told us that health care needed much more planning at the national level. As a matter of fact, I think he even told us that we did not plan at a national level; that there was not much planning.

Does that comment tie in with one of your conclusions here, and would you care to expand more on what you meant by the role of a national enabler and knowledge broker?

Mr. Ventresca: The role of an enabler and knowledge broker is one where information can be brought together and shared with those who have the responsibility of implementing the care.

I am sensitive to the issue of federal and provincial roles. If provincial and territorial roles are to deliver health care, for example, except for the selected groups that the federal government has direct jurisdiction over, then how does one influence what other parties are accountable for without having that direct authority?

The idea is to provide, first of all, the means to draw the information together, funding those who may do the research, those who will assemble the information, and then perhaps pull people together at national conferences or things like that, and provide input into frameworks. That input can then be taken to those who have the jurisdiction of delivering health care to apply that, with perhaps national standards or national goals, if they are reported. For those who do not meet those standards or goals, there will be subtle pressures because, again, the issue is not having the authority over those who provide the service.

By having that framework and some infrastructure to support that framework and deliver the message and the information, hopefully those who have the responsibility for delivering that service will take the information and apply it.

Du point de vue des établissements, c'est quelque chose que nous serions prêts à faire. Je pense que nos clients seraient intéressés. Il s'agit d'avoir une stratégie, et du financement à l'appui, pour faire de cela une réalité.

La présidente : Avant de passer la parole au sénateur Chaput, je vais vous présenter un collègue de « l'autre endroit ». Lorsque nous parlons des députés ou des sénateurs, nous ne les désignons jamais par ces termes. Nous disons : « les membres de l'autre endroit ».

Le membre de l'autre endroit qui se trouve au fond de la pièce est M. John Maloney. Contenté de vous voir, John.

John Maloney, député, Welland : Bienvenue à Welland.

Le sénateur Chaput : Ma première question s'adresse à M. Ventresca.

Dans votre conclusion, vous avez parlé d'un rôle de facilitateur national et de courtier du savoir. Ce qui est assez intéressant, c'est qu'un témoin que nous avons reçu nous a dit que, selon lui, il devrait y avoir une planification beaucoup plus importante des soins de santé à l'échelle nationale. En fait, je pense qu'il nous a même dit que nous ne faisons pas de plan à l'échelle nationale; qu'il n'y a pas beaucoup de planification à ce niveau.

Est-ce qu'il y a un lien entre cette observation et l'une des conclusions que vous avez présentées ici? Pourriez-vous préciser ce que vous entendez par un rôle de facilitateur national et de courtier du savoir?

M. Ventresca : Le rôle de facilitateur et de courtier du savoir consiste à regrouper l'information et à la transmettre aux intervenants qui sont chargés de prodiguer les soins aux patients.

Je suis sensible à la question des rôles fédéraux et provinciaux. Si, par exemple, les rôles provinciaux et territoriaux consistent à offrir les soins de santé, sauf à quelques groupes précis qui relèvent du gouvernement fédéral, alors comment faut-il s'y prendre pour exercer une influence sur les autres parties responsables, si on ne possède pas cette autorité directe?

L'idée, c'est de commencer par offrir les moyens de regrouper l'information, par financer les personnes qui peuvent effectuer les travaux de recherche, celles qui peuvent regrouper l'information, pour ensuite peut-être réunir ces gens dans le cadre de conférences nationales ou quelque chose comme ça, et fournir des données dans certains cadres. Ces données peuvent être transmises aux organisations qui sont chargées de la prestation des soins de la santé pour qu'elles les appliquent, avec peut-être des normes nationales ou des objectifs nationaux, si on en fait état. Des pressions subtiles seront exercées sur les organisations qui ne respectent pas ces normes ou buts, parce que, encore une fois, le problème, c'est qu'on n'a pas d'autorité sur les intervenants qui offrent les services.

Grâce à ce cadre et à certains éléments d'infrastructure appuyant ce cadre permettant de livrer le message et de transmettre l'information, on peut espérer que les intervenants qui ont la responsabilité de la prestation des services vont prendre l'information et l'appliquer.

Senator Chaput: You see that taking place through some kind of a national policy, a policy at the national level?

Mr. Ventresca: I am not familiar with all the federal mechanisms to achieve that delivery, but provide the role of whatever it would take, whether it is a policy accompanied by funding to enable that process. Some initiative at the federal level to make that process happen would be a step in the right direction.

Therefore, when we learn about the Gatekeepers, when we learn about the Adams centre, it is shared not only among those who happen to use it, but that information is shared with others. Others are shown some of the tips and secrets to achieving it, and what are some of the successes, and hopefully, others will pick it up and do it in their area.

Senator Chaput: Mr. Peirce, you talked about telemedicine. You answered a question from my colleague.

On the seniors' dental program, you said you had such a program here, right? Can you expand on what has been happening in that program?

Mr. Peirce: There is a program in Halton, centered out of the Burlington area, which is the far northwest of our region. It is the Halton Oral Health Outreach. It attempts to provide dental care to seniors or adults with certain disabilities who might not otherwise access dental care.

There are so many aspects of health where, if your feet are sore, your mobility is affected; if your mouth is sore, your nutrition may be affected. The program focuses on trying to provide adequate dental care to some vulnerable or at-risk populations.

It has been an award-winning program of the Canadian Dental Association and the Ontario Association of Community Care Access Centres. It is associated with the Community Care Access Centre, which identifies seniors who qualify for that program and need that program, and they make that referral.

Senator Chaput: Is it a cost-sharing program? Who initially pays for that service?

Mr. Peirce: It is an insured service. They obtain funding for those clients at-risk. One of the reasons they are at risk is because they may not be able to afford it. If they have ill-fitting dentures because of aging, they cannot afford a new set. They have identified funds so that these services can be provided.

Senator Chaput: Who are "they" who have identified funds: the region, the province, the association?

Le sénateur Chaput : Vous envisagez cela dans le cadre d'une quelconque politique nationale, d'une politique élaborée à l'échelle nationale?

M. Ventresca : Je ne connais pas bien les mécanismes fédéraux qui permettent cette prestation, mais il s'agit de jouer le rôle nécessaire, et ça pourrait être une politique assortie de financement pour permettre ce processus. Une initiative du gouvernement fédéral visant à faire en sorte que ce processus devienne réalité serait un pas dans la bonne direction.

Ainsi, lorsque nous jetons un coup d'œil sur ce qui se fait dans le cadre du programme des Gatekeepers, lorsque nous examinons ce qui se fait au centre Adams, nous constatons que l'information est transmise non seulement aux gens qui l'utilisent à un moment donné, mais aussi à d'autres intervenants. On donne à d'autres gens des conseils, et on leur fait part des secrets de la réussite, on leur explique les choses qui ont fonctionné, et on peut espérer que ces gens vont se servir de cette information pour faire la même chose dans leur région.

Le sénateur Chaput : M. Peirce, vous avez parlé de la télémédecine. C'était en réponse à une question de mon collègue.

Pour ce qui est des programmes de soins dentaires pour les aînés, vous avez dit qu'il y en a un dans la région, n'est-ce pas? Pouvez-vous nous dire ce qu'on a fait dans le cadre de ce programme?

M. Peirce : Il y a un programme dans le comté de Halton, autour de Burlington, qui se trouve à l'extrémité nord-ouest de notre région. Il s'agit du programme intitulé Halton Oral Health Outreach. Le programme vise à offrir des soins dentaires aux aînés ou aux adultes qui ont certains handicaps et qui n'arriveraient pas, sans programme, à accéder à des soins dentaires.

Il y a tellement d'aspects de la santé qui font que, si vous avez mal aux pieds, votre mobilité s'en trouve réduite, et si vous avez mal aux dents, peut-être cela vous empêche-t-il de bien vous nourrir. Le programme a pour but d'offrir des soins dentaires adéquats à des populations vulnérables ou à risque.

C'est un programme qu'ont récompensé l'Association dentaire canadienne et l'Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario. Le programme est lié au Centre d'accès aux soins communautaire, qui se charge de choisir les aînés qui sont admissibles au programme et qui en ont besoin, et c'est aussi le centre qui fait l'aiguillage.

Le sénateur Chaput : S'agit-il d'un programme à frais partagés? Qui paie ce service, au départ?

M. Peirce : C'est un service assuré. On obtient du financement pour les clients à risque. Une des raisons pour lesquelles ils présentent un risque, c'est parce qu'ils n'ont peut-être pas les moyens de s'offrir de tels services. Si leur prothèse s'adapte mal au fil du temps, ils ne peuvent pas se payer un nouvel appareil. On a réservé des fonds pour offrir ces services.

Le sénateur Chaput : Qui est ce « on » qui a réservé des fonds : la région, la province ou l'association?

Mr. Peirce: It is an entity unto itself that is volunteer-driven, and it goes after the various funding sources.

Senator Chapat: How do they identify those who need the service?

Mr. Peirce: They promote it. As I said, in this region, we deal with one out of every two people over the age of 85 and one out of every four over the age of 75. One of the roles as case managers is in taking referral. When we deal with someone, we try to identify the broadest basket of services possible for those for which we have direct responsibility like in-home nursing or personal support therapies. We also have knowledge of nutrition programs, meal programs and other social and health services. We identify for these people where they should go, or we help them connect to those services so they have that broadest basket of services possible for their specific needs.

If somebody is diagnosed with Alzheimer's, we will refer them to the Alzheimer Society for their support programs and their spousal support program, again so that we let them know as many services as are out there, and try and promote them so they use them appropriately.

Senator Chapat: I had questions about senior abuse, but they have been answered. I want to tell you ladies to keep up the good work, because the issue is a critical one.

The Chair: That comment will bring to a conclusion this particular panel. I extend my heartiest thanks to all of you. You have contributed to our information base as we go forward, and I am sure you will see some of the ideas you have presented, if not all, reflected in our final report which, by the way, we hope to table on September 30.

Senators, we now have with us, from the Alzheimer Society of the Niagara Region, Marge Dempsey, the Acting Chief Executive Officer; from the Ontario Home Care Association we have Susan D. VanderBent, who is the Executive Director; from the Hamilton Council on Aging, we have Denise O'Connor, who is the Executive Director, and Carolyn Rosenthal, who is the Chair of the Board of Directors; and from the Community Support Services of Niagara, we have Wendy Walker, who is the Executive Director, Patricia Tooley, who is the Program Manager, and Pat Frank, who is Chair of the Board of Directors.

Welcome to all of you. Let me begin with the first group, which is the Alzheimer Society of the Niagara Region.

Marge Dempsey, Acting Chief Executive Officer, Alzheimer Society of Niagara Region: I am delighted to be here. Thank you so much for this opportunity.

M. Peirce : C'est une entité distincte dirigée par des bénévoles, et elle sollicite les différentes sources de financement.

Le sénateur Chapat : Comment joint-on les personnes qui ont besoin du service?

M. Peirce : On en fait la promotion. Comme je l'ai dit, dans notre région, nous fournissons des services à une personne sur deux âgées de plus de 85 ans et à une personne sur quatre âgées de plus de 75 ans. L'une des tâches des gestionnaires de cas touche l'aiguillage. Lorsque nous servons quelqu'un, nous tentons de définir, en fonction de ses besoins, le plus grand nombre de services possible parmi ceux dont nous avons la responsabilité directe, comme les soins à domicile ou les services de soutien personnels. Nous connaissons aussi des programmes de nutrition, des programmes qui touchent les repas et d'autres services sociaux ou sanitaires. Nous aiguillons les personnes vers les bons endroits ou nous les aidons à prendre contact avec les responsables de ces services afin qu'elles profitent du plus large panier de services possible en fonction de leurs besoins particuliers.

Si l'on diagnostique chez quelqu'un la maladie d'Alzheimer, nous aiguillerons la personne vers la Société Alzheimer afin qu'elle prenne connaissance des programmes de soutien et du programme d'appui pour le conjoint, toujours dans le but de faire connaître et de promouvoir tous les services disponibles pour qu'on les utilise correctement.

Le sénateur Chapat : J'avais des questions concernant le mauvais traitement des aînés, mais on y a répondu. Je tiens à vous encourager, mesdames, à continuer votre bon travail, parce que le problème est grave.

La présidente : Ce commentaire tiendra lieu de conclusion pour cette table ronde. Je vous remercie tous du fond du cœur. Vous avez enrichi notre base d'information et, à mesure que nous avancerons, je suis certaine que vous verrez certaines des idées que vous avez exposées, sinon toutes, reflétées dans notre rapport final que, soit dit en passant, nous espérons déposer le 30 septembre.

Chers sénateurs, nous accueillons maintenant, de la Société Alzheimer de la région du Niagara, Marge Dempsey, chef de la direction par intérim; de l'Ontario Home Care Association, nous accueillons Susan D. VanderBent, directrice générale; du Conseil sur le vieillissement de Hamilton, nous recevons Denise O'Connor, directrice générale, et Carolyn Rosenthal, présidente du conseil d'administration; enfin, des Services de soutien communautaires de Niagara, nous accueillons Wendy Walker, directrice générale, Patricia Tooley, gestionnaire de programme et Pat Frank, président du conseil d'administration.

Bienvenue à tous. Commençons par le premier groupe, qui représente la Société Alzheimer de la région du Niagara.

Marge Dempsey, chef de la direction par intérim, Société Alzheimer de la région de Niagara : Je suis ravie d'être ici. Merci beaucoup de nous avoir offert cette occasion.

I will focus on the dementia perspective because as an organization, we serve all people in the Niagara region who are experiencing dementia of any kind and I think that, as a country, we need to recognize that Alzheimer's disease is not the only problem out there.

This population, as you are fully aware, is growing enormously and will continue to grow until we find cures.

My presentation is from the perspective of people with dementia, which we see as a huge issue at the moment; that is, people with dementia who are out in the community living alone.

As you are probably aware by this time, I was not able to hear the initial speakers this morning. Niagara has a high population of elderly, the highest in Canada now; 17.4 per cent of our population is over the age of 65, so we are now number one in Canada. We were partners with Victoria and have now exceeded them.

What we also know though is that 8 per cent of all those over the age of 65 have a dementing illness of some kind. In the Niagara region, that percentage translates to about 7,300 people currently.

What we also know in our community is that 29 per cent of our seniors live alone. That is all our seniors. We have a population in Niagara of about 14,500 people who live alone in the community who are over the age of 65. That percentage of seniors living alone also translates to our population. People with dementia in the community here, if we look at it percentage-wise, we have about 1,100 seniors with dementia living in their own homes, on their own, at any given time. That situation is not unique to our community. That is something we face across the country, where people in the community are living on their own and who are experiencing significant changes in their cognitive abilities and their ability to function on their own. Because of that situation, this issue becomes huge for us as a community at large.

Currently, in our own population, about 28 per cent of those we serve who are living alone have no local family, and about 18 per cent have no family whatsoever. These people have no caregivers. This issue is also huge, because who is there to assist them appropriately in meeting their own needs when they are no longer able to do that on their own?

The dilemma is, when we look at this population, that as their cognitive changes increase, they no longer recognize that they have any problems. Therein lies the big difficulty, because what they do then is they refuse services because they do not think they need anything and that refusal leaves them failing. People with dementia who are on their own, because they do not have anyone to direct or to cue them, have what we call excess disability. They are more disabled than they would be by virtue of the disease, the

Je vais surtout parler de la démence, car notre organisation sert toutes les personnes dans la région de Niagara qui sont aux prises avec une forme ou une autre forme de démence, et je crois que, à l'échelle du pays, il faut reconnaître que la maladie d'Alzheimer n'est pas le seul problème qui accable la population.

Les gens atteints de ces troubles, comme vous le savez très bien, sont de plus en plus nombreux, et ce chiffre continuera de croître tant que nous n'aurons pas trouvé de remède.

Mon exposé s'articule autour de la solution des personnes atteintes de démence — car nous estimons que cette question est très grave — plus particulièrement les gens atteints de démence vivant seuls dans la collectivité.

Comme vous l'avez probablement remarqué à l'heure qu'il est, je n'ai pas pu assister aux témoignages ce matin. La proportion d'aînés est élevée à Niagara : elle arrive au premier rang au Canada à l'heure actuelle; 17,4 p. 100 de notre population est âgée de plus de 65 ans, donc nous sommes les premiers au Canada. Nous étions à égalité avec Victoria, mais maintenant, nous l'avons dépassée.

Cependant, nous savons que 8 p. 100 des personnes âgées de plus de 65 ans souffrent d'une forme ou une autre de démence. Dans la région du Niagara, ce pourcentage équivaut actuellement à environ 7 300 personnes.

Ce que nous savons aussi, c'est que, dans notre collectivité, environ 29 p.100 des aînés vivent seuls. Je parle de tous les aînés. Au Niagara, nous avons une population d'environ 14 500 personnes qui vivent seules dans la collectivité et sont âgées de plus de 65 ans. Ce pourcentage d'aînés vivant seuls a également une incidence sur notre population. Parlons des personnes atteintes de démence dans notre collectivité : si nous abordons la question d'une perspective statistique, environ 1 100 aînés atteints de démence vivent seuls chez eux, à tout moment. Cette situation n'est pas propre à notre collectivité. C'est un problème auquel nous faisons face partout dans le pays, où des gens dans la collectivité vivent seuls et vivent des changements importants à l'égard de leurs habiletés cognitives et de leur autonomie. À cause de cette situation, le problème prend de l'ampleur pour l'ensemble de la collectivité.

Actuellement, dans notre population, environ 28 p. 100 de nos bénéficiaires vivent seuls et n'ont pas de famille à proximité, et environ 18 p. 100 n'ont pas de famille du tout. Ces personnes ne disposent pas d'aidants naturels. C'est aussi un problème de taille : qui sera là pour les aider à satisfaire leurs besoins si elles ne sont plus en mesure de le faire seules?

Le cercle vicieux, chez ces personnes-là, c'est que, à mesure qu'apparaissent les changements d'ordre cognitif, elles cessent de reconnaître l'existence des problèmes. C'est là que réside la grande difficulté, car ce qui arrive à ce moment-là, c'est que la personne refuse les services parce qu'elle ne croit pas avoir besoin de quoi que ce soit, et ce refus ne fait qu'aggraver sa situation. Les personnes atteintes de démence vivant seules, faute d'avoir quelqu'un pour les orienter ou les conseiller, atteignent un degré

damage of the disease, in and of itself. They are more impaired because they have nobody to support them, direct them or cue them.

This situation leads to people who are unable to meet their own needs in terms of remembering to take their medication, remembering or even knowing how to prepare their own meals, when they are at risk and those sorts of things. This lack of support leads to early admission to long-term care.

These populations need care way beyond what ordinarily would be the case if they had community supports, and if they had family members who lived with them and were able to support them effectively.

Our goal, as an organization, is to have this issue recognized. I think that it is not only our population who is cognitively impaired. While dementia is certainly an issue, people over 65 who live alone in the community have problems in and of themselves. It is an issue that we need to deal with as a community, as a nation, to ensure that this population will be adequately served and adequately resourced.

For persons with cognitive impairment who do not recognize their own risk and their own needs, we need to find innovative ways to assist them. The difficulty lies in the fact that we have a system that operates on certain mandates. If they refuse services then they will not receive services, whether they require them, because people have the right to risk.

We have to find ways to overcome the dilemmas that arise because they do not understand their own issues. We must be more innovative in how we try to serve them appropriately to keep them in their homes, which is what they want anyway because the next problem arises when we try to move them into care because they are at risk and they refuse to go. That is the worst-case scenario.

You heard about the Gatekeepers program earlier. One thing that happens is that these people are identified in the community as being at risk, often by the bank teller, the gas company or whomever, and the people who identify them want them to be assisted. Then our hands are tied because they refuse to go and obtain the help they need. They are still there, and people say, why do you not do something; you have to do something. We recognize that, but the process is a difficult one.

Ultimately, as I bring this issue to your attention, I hope that we can start to look at it, not only at the community level, but at the federal level, the national level, and the provincial level, in recognizing that we need to find ways to serve them appropriately. We need to ensure that individuals who want to

supérieur d'incapacité. Leur état est plus grave qu'il ne le serait s'il tenait uniquement à la maladie et à ses ravages. Leur invalidité est accrue, car personne n'est là pour offrir de l'aide, une orientation ou des conseils.

Cette situation fait en sorte que les gens ne sont plus capables de combler leurs propres besoins — comme se souvenir de prendre un médicament ou de préparer les repas, ou même savoir comment — lorsqu'ils sont dans une situation à risque, entre autres. Ce manque de soutien mène à l'admission précoce de ces gens dans les établissements de soins de longue durée.

Ces gens nécessitent ainsi beaucoup plus de soins que s'ils jouissaient d'un soutien dans la collectivité et si des membres de leur famille vivaient avec eux et pouvaient les aider de façon efficace.

Notre organisme a pour but de sensibiliser la population à cette question. Je ne crois pas que les troubles cognitifs soient l'apanage des gens que nous servons. La démence est certainement un problème, mais les gens âgés de plus de 65 ans qui vivent seuls dans la collectivité sont aux prises avec toutes sortes de difficultés. Nous devons aborder cette question en tant que collectivité, en tant que nation, pour nous assurer que ces gens auront accès à des ressources et à des services adéquats.

Pour les personnes qui souffrent d'un trouble cognitif et ne comprennent pas leurs risques ni leurs besoins, il faut trouver des mesures de soutien novatrices. La difficulté tient au fait que notre système fonctionne selon certains mandats. Si une personne refuse un service, on n'insiste pas, même si elle en a besoin, parce que tout le monde a droit au risque.

Il faut trouver des façons d'échapper au cercle vicieux qui s'installe chez la personne qui ne comprend pas sa propre situation. Nous devons mettre au point des façons novatrices d'offrir des services appropriés qui permettront à la personne de demeurer à domicile, et c'est ça qu'elle veut de toute façon, car le prochain problème survient lorsque l'on tente de la placer, parce qu'elle est à risque, et que la personne refuse de partir. C'est le pire des cas.

Vous avez entendu parler du programme des Gatekeepers plus tôt. Dans le cadre de ce programme, les personnes en question sont reconnues par des membres de la collectivité — bien souvent le caissier de la banque, l'employé de la société gazière ou n'importe qui — comme des personnes à risque, et ceux qui les repèrent veulent qu'on les aide. Mais ensuite, nous avons les mains liées lorsque la personne refuse d'obtenir l'aide dont elle a besoin. Sa situation reste la même, et les gens disent : « Pourquoi ne faites-vous pas quelque chose? Vous devez faire quelque chose. » Nous reconnaissons cela, mais le processus est difficile.

Enfin, comme j'attire votre attention sur ce problème, j'espère que nous pouvons commencer à nous y attaquer, non seulement à l'échelon communautaire, mais à l'échelon fédéral et à l'échelon provincial partout au pays; reconnaissons qu'il importe de trouver des moyens appropriés d'offrir des services à ces personnes. Il

remain independent, as they all do, are given the best opportunities to do that in the most effective ways to support them. To do that with this population, we have to be innovative.

The Chair: Before I move to the next presentation, I want to review some of the stats that you gave us. When you said that 29 per cent of seniors live alone, is that of all seniors?

Ms. Dempsey: That is all seniors in Niagara. Our current status is that 29 per cent of Niagara's seniors live alone.

The Chair: Twenty-eight per cent of all Niagara seniors have no local family?

Ms. Dempsey: That is our client population.

The Chair: I wanted to make sure. Thank you very much.

Susan VanderBent, Executive Director, Ontario Home Care Association: Good morning. Thank you for inviting us to come and present before you.

The Ontario Home Care Association, OHCA, is an organization of home health and social care service providers. Association members deliver nursing care, home support services, personal care, physiotherapy, occupational therapy, social work, dietetics, speech language therapy and medical equipment and supplies in the home.

Ontario Home Care Association members are contracted by all three levels of government, the Community Care Access Centres in Ontario, insurance companies, institutions, corporations and private individuals. OHCA members are accredited through the Canadian Council on Health Services Accreditation or the International Organization for Standardization, ISO.

The OHCA endorses the principles of the Canada Health Act and the Canadian health care system, which delivers a range of essential care services available to all residents in Canada on the basis of need, not ability to pay.

Home care is not part of the Canada Health Act, as I am sure you all know. Accordingly, policies, services and definitions vary between provinces and territories in Canada.

In Ontario, our publicly funded home care system falls under the jurisdiction of the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, which provides stewardship of our health care system in Ontario. Local health services are planned and funded by our Local Health Integration Networks.

Accountable to the LHINs are the CCACs, which provide access to the government-funded home care and community services and long-term care homes. That is our Ontario system, which I am sure you know.

faut veiller à ce que les personnes qui veulent conserver leur indépendance, c'est-à-dire tout le monde, se voient offrir les meilleurs outils pour le faire, de façon à s'assurer un soutien optimal. Pour atteindre un tel résultat avec ces personnes, il faut innover.

La présidente : Avant que nous passions au prochain exposé, je veux revenir sur certaines des statistiques que vous nous avez fournies. Lorsque vous avez déclaré que 29 p. 100 des aînés vivent seuls, parliez-vous de tous les aînés?

Mme Dempsey : Tous les aînés au Niagara. Nos statistiques actuelles révèlent que 29 p. 100 des aînés du Niagara vivent seuls.

La présidente : Vingt-huit pour cent de tous les aînés du Niagara n'ont pas de famille à proximité?

Mme Dempsey : C'est notre clientèle.

La présidente : Je voulais en avoir le cœur net. Merci beaucoup.

Susan VanderBent, directrice générale, Ontario Home Care Association : Bonjour. Merci beaucoup de nous avoir invités à venir témoigner devant vous.

L'Ontario Home Care Association, l'OHCA, est un organisme de soins à domicile et de fournisseurs de services sociaux. Les membres de l'association offrent des soins infirmiers, des services de soutien à domicile, des soins personnels, des traitements de physiothérapie et d'ergothérapie, des services de travail social, de diététique et d'orthophonie, en plus de veiller à ce que de l'équipement et des fournitures médicales soient en place à la maison.

Les services des membres de l'Ontario Home Care Association sont retenus, en vertu d'un contrat, par les trois ordres de gouvernement, les centres d'accès aux soins communautaires en Ontario, les compagnies d'assurance, les établissements, les sociétés et les particuliers. Les membres de l'OHCA sont accrédités par le Conseil canadien d'agrément des services de santé ou par l'Organisation internationale de normalisation, ISO.

L'OHCA adhère aux principes de la Loi canadienne sur la santé et du système de soins de santé canadien, qui offre un éventail de services de soins essentiels à tous les citoyens du Canada en fonction de leurs besoins, et non de leur capacité à payer.

Les soins à domicile ne sont pas prévus dans la Loi canadienne sur la santé, comme vous le savez tous, j'en suis sûre. Par conséquent, les politiques, les services et les définitions varient selon les provinces ou le territoire.

En Ontario, notre système de soins à domicile financé par les deniers publics relève du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, qui administre le système de soins de santé ontarien. Les services de santé locaux sont planifiés et financés par les réseaux locaux d'intégration des services de santé, ou RLISS.

Les CASC, qui relèvent des RLISS, offrent l'accès aux services de soins à domicile et aux foyers de soins de longue durée financés par les deniers publics. Voilà notre système en Ontario, je suis sûre que vous le connaissez.

Eligibility for publicly funded home care is determined through the CCACs, and care is delivered by service provider agencies that have been chosen through a process of competition. Service providers in Ontario can be privately owned or not-for-profit organizations.

As is the case elsewhere in Canada, OHCA estimates that the majority of home care is still given to loved ones by their families and other concerned unpaid caregivers.

I will provide some stats about the Ontario system that may be of interest to you. In 2005-06, 649,244 clients received home care services funded by CCACs. That is an awful lot of people. On any given day, approximately 185,000 Ontarians receive services through CCACs. In 2005-06, 25,766,724 visits and hours of care were delivered in Ontario; 67 per cent of that care was for personal support and homemaking, so the bulk of the care is personal support and homemaking. Nursing care, such as load management or infusion therapy, represents approximately 27 per cent of the care. Therapies such as occupational therapy, physiotherapy and dietetics, represent about 6 per cent of the care that is given. The elderly, those over 65, represented 58.5 per cent of admissions in 2005-06. Finally, 88 per cent of Ontarians surveyed in a Polara poll in 2006 indicate a preference for home care for themselves and the wish to live independently in their own home.

I will make some general comments about our aging society and then go directly to the options that we felt able to comment on.

Ontario's growing active senior population, we believe, is a testament to our progressive health care system and to our success as a society. We see this growth of our seniors as a good thing.

Our seniors play an invaluable role in our society and they contribute to the social fabric of communities.

One of the greatest health care priorities facing us right now is the need to respond to changing societal norms regarding seniors' expectations to live and age independently at home. How can we achieve that expectation?

While seniors of the future are predicted to be the healthiest in history, it is also known that the likelihood of developing chronic disease increases with age and can compromise independence. Therefore, we believe a strong home-care system is necessary to support seniors.

Most, if not all, people wish to remain independent during their older years. However, growing numbers of community-dwelling seniors are at risk for loss of independence, as Ms. Dempsey has told us, because they need more help than is currently available in the health care system to age at home. A clearly identifiable trigger point for imminent loss of

L'admissibilité aux soins à domicile financés par l'État est déterminée par les responsables des CASC, et les soins sont dispensés par des organismes fournisseurs de services qui ont été sélectionnés dans le cadre d'un concours. Les fournisseurs de services ontariens peuvent être des entreprises privées ou des organismes sans but lucratif.

Comme c'est le cas ailleurs au Canada, l'OHCA estime que la majeure partie des soins à domicile est toujours offerte à des êtres chers par des membres de la famille et d'autres aidants pleins de sollicitude qui ne sont pas rémunérés.

Je vais vous transmettre quelques chiffres au sujet du système ontarien qui pourraient vous intéresser. En 2005-2006, 649 244 clients ont profité des services de soins à domicile financés par les CASC. C'est beaucoup de monde. Chaque jour, environ 185 000 Ontariens reçoivent des services par l'entremise des CASC. En 2005-2006, 25 766 724 visites — des heures de soins — ont été effectuées en Ontario; 67 p. 100 de ces soins touchaient le soutien personnel et l'entretien ménager, alors la majeure partie des soins est liée au soutien personnel et à l'entretien ménager. Les soins infirmiers, comme la gestion des doses ou le traitement par perfusion, représentent environ 27 p. 100 des soins. Les traitements comme l'ergothérapie, la physiothérapie et la diététique équivalent à environ 6 p. 100 des soins prodigués. Les personnes âgées, qui sont âgées de plus de 65 ans, représentent 58,5 p. 100 des admissions en 2005-2006. Enfin, 88 p. 100 des Ontariens interrogés dans le cadre d'un sondage Polara effectué en 2006 signalent qu'ils préféreraient des soins à domicile et qu'ils souhaitent mener une vie autonome, chez eux.

J'ai quelques commentaires à formuler au sujet de notre société vieillissante, puis je passerai directement aux options sur lesquelles nous nous sentions en mesure de nous prononcer.

Le nombre croissant d'âinés actifs en Ontario, selon nous, témoigne du succès de notre système de soins de santé progressiste et de notre réussite en tant que société. Nous percevons cette croissance comme un élément positif.

Les âinés jouent un rôle précieux dans notre société, et ils contribuent à la solidité du tissu social des collectivités.

L'une des grandes priorités en matière de soins de santé auxquelles nous faisons face actuellement est le besoin de réagir à l'évolution des normes sociales : en effet, les âinés s'attendent désormais à pouvoir vivre et vieillir de façon autonome, à domicile. Comment peut-on combler cette attente?

On prévoit que les âinés de l'avenir seront en meilleure santé que quiconque auparavant, mais on sait aussi que la probabilité de contracter une maladie chronique augmente avec l'âge, et que cela risque de mettre en péril l'autonomie. Ainsi, nous croyons à la nécessité d'un système de soins à domicile robuste pour soutenir les âinés.

La plupart des gens, voire tous, souhaitent conserver leur autonomie pendant leurs vieux jours. Toutefois, un nombre croissant de personnes âgées vivant dans la collectivité risque de perdre leur autonomie, comme nous l'a révélé Mme Dempsey, car l'aide dont elles ont besoin pour vieillir chez elles dépasse la capacité actuelle du système de soins de santé. Voici un indice

independence is when a family decides, often for safety reasons, that a person must look at application for a long-term care facility.

This activity is often initiated by individuals who are on the fringe. I think Ms. Dempsey described that situation well. They are on the fringe. They need a little more help than is currently necessary or offered within the community system. They do not require the full scope of facility services, but they are on that fringe. It is at that point where we believe enhanced and focused services delivered in the home would make a major difference in the quality of life for the senior person and for their loved ones.

I will turn now to our recommendations and then finish up. We wanted to make comments on options 60 through to 69.

Our conclusion is that we are fortunate to live in a prosperous country where citizens can enjoy a high quality of life as they age. We recognize there are a number of opportunities to create an environment where seniors can live at home for as long as possible. To create that environment, there needs to be a willingness to change existing practices, and we need rigorous evaluation of new programs that are designed to keep people in the home.

In response to the Special Senate Committee on Aging Second Interim Report, OHCA provides recommendation on the home care section. Here are our summarized recommendations.

We believe that a national home care program is something that potentially can reduce or restrain the basket of services currently offered in existing provincial home care programs. Therefore, we, as well as the Canadian Home Care Association, are not in favour of a national home care program.

We began discussions about a national program after the Romanow report, and looked at the Health Transition Fund. We found such a variation between provinces in their home care programs that, in particular, Ontario's program, which is good compared to others, would have had to have been reduced to create a national program. This reduction would be difficult for Ontario and some of the discussions then were halted as a result.

To look at something like that, we need to take into account that existing services and programs are in place, and maybe those services and programs would have to be the bar that we start from.

I give you that recommendation and the rationale behind it.

We recommend that home care be expanded to be more actively engaged in activities that address prevention and proactive management of people diagnosed with chronic

clair de la perte imminente de l'autonomie d'une personne : lorsqu'une famille décide, souvent pour des raisons de sécurité, que cette personne doit songer à faire une demande d'admission dans un établissement de soins à long terme.

Cette démarche est souvent amorcée par des personnes dont la situation est très précaire. Je crois que Mme Dempsey a bien décrit cette situation. Ces personnes sont à la limite. Elles ont besoin d'un peu plus d'aide que ce qui est actuellement offert ou prévu par le système communautaire. Elles n'ont pas besoin de l'ensemble des services d'un établissement, mais elles ont atteint le seuil critique. Dans des cas pareils, nous croyons que des services à domicile améliorés et axés sur les besoins contribueraient considérablement à la qualité de vie des personnes âgées et des êtres qui leur sont chers.

Je vais maintenant aborder nos recommandations, puis je conclurai. Nous avons quelques commentaires à faire au sujet des options 60 à 69.

Somme toute, nous sommes chanceux de vivre dans un pays prospère où les citoyens du troisième âge peuvent profiter d'un niveau de vie élevé. Nous savons qu'il existe un certain nombre de possibilités de créer un environnement où les aînés peuvent vivre chez eux aussi longtemps que possible. Pour créer cet environnement, il faut être prêt à changer les pratiques en place, et il faut entreprendre une évaluation rigoureuse des nouveaux programmes conçus pour que les gens puissent rester chez eux.

En réponse au deuxième rapport intérimaire du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement, l'OHCA fournit des recommandations sur la section qui traite des soins à domicile. Voici le sommaire de nos recommandations.

Nous croyons qu'un programme national de soins à domicile est une mesure qui pourrait réduire ou limiter la gamme de services qu'offrent actuellement les programmes provinciaux de soins à domicile. Par conséquent, à l'instar de l'Association canadienne de soins et services à domicile, nous ne sommes pas en faveur d'un programme national de soins à domicile.

Nous avons entamé des discussions au sujet d'un programme national après le rapport Romanow, et nous avons examiné le Fonds pour l'adaptation des services de santé. Nous avons observé un tel écart entre les provinces au chapitre des programmes de soins à domicile, que le programme ontarien notamment, qui fait bonne figure comparativement aux autres, aurait dû être réduit si on avait créé un programme national. Cette régression serait difficile pour l'Ontario, et c'est pourquoi on a coupé court à certaines discussions.

En songeant à un pareil projet, nous devons tenir compte des services et des programmes déjà en place, et ceux-ci devraient peut-être constituer notre point de départ.

Je vous transmets cette recommandation et sa justification.

Nous recommandons d'élargir les services de soins à domicile et de les intégrer davantage aux activités liées à la prévention et à la prise en charge proactive des gens chez qui l'on a diagnostiqué

diseases. We need to go upstream. We need to start addressing some of the issues that people have early in diagnosis of a chronic illness.

The health-care system of the 21st century will be to look after people with a chronic illness during the trajectory of that illness. We are far beyond episodic care nowadays.

We believe that a tax exempt savings plan or registered chronic care savings plan be adopted so that basic services to support activities of daily living can be purchased by families. We need to start helping people think about planning for their older years because we are keeping people healthier and longer in their home, and we are grateful for that situation. As a result, they live longer and they have more challenges.

We believe a national respite program framework should be established so that there is consistency to approach across the country but still opportunity for local flexibility as required by individual provincial and territorial contexts.

We recommend the federal government develop incentives for employers to create employment practices that are supportive of family caregivers. The formal home-care program does not provide the majority of care. Loved ones do that job, and we believe they always will.

We believe a forum should be created to enable more sharing of integration practices across the country. I have brought papers for the Special Senate Committee on Aging that were written about integration practices, and some key quality processes that every organization and every system of health care should look at as people transition through the entire continuum of care, from acute care through to home care, within the home care system and perhaps even into long-term care.

These key quality processes can help us establish benchmarks.

We believe that the mandate and funding for home care in Ontario needs to be expanded to achieve better integration with our system partners.

We believe that financial support, including Canada Pension Plan dropout provisions for family caregivers, be studied further, with an aim to ensuring appropriate and meaningful financial support for family caregivers.

Carolyn Rosenthal, Chair, Board of Directors, Hamilton Council on Aging: The Hamilton Council on Aging is a new organization that seeks to educate and advocate for improved aging experiences for older adults through a collaborative network of individuals and organizations.

des maladies chroniques. Il faut intervenir en amont. Nous devons commencer à aborder certains des problèmes dès le moment où la maladie chronique est diagnostiquée.

Le système de soins de santé du XXI^e siècle consistera à soigner des gens qui ont une maladie chronique pendant l'évolution de cette maladie. Nous avons maintenant dépassé le cadre du traitement ponctuel.

Nous croyons qu'il faut créer un régime d'épargne exonéré d'impôt ou un régime enregistré d'épargne pour les soins de longue durée, afin que les familles puissent se procurer les services essentiels visant à soutenir les activités de la vie quotidienne. Nous devons commencer à aider les gens à planifier leurs vieux jours de façon à les aider à rester plus longtemps en meilleure santé chez eux, et nous nous réjouissons de cette situation. Par conséquent, les aînés vivent plus longtemps et relèvent plus de défis.

Nous croyons qu'il faut établir un cadre national pour les programmes de soins de relève afin d'uniformiser l'approche d'un océan à l'autre tout en offrant une souplesse aux localités, en fonction du contexte provincial ou territorial.

Nous recommandons au gouvernement fédéral de mettre sur pied des incitatifs pour que les employeurs adoptent des pratiques liées à l'emploi qui appuient les aidants naturels. Le programme officiel de soins à domicile n'est pas le principal pourvoyeur des soins. Les êtres chers jouent ce rôle, et nous croyons qu'il en sera toujours ainsi.

Selon nous, il faudrait créer une tribune pour permettant un meilleur échange des pratiques d'intégration partout dans le pays. J'ai apporté, à l'intention du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement, des documents qui portent sur les pratiques d'intégration et sur certains processus essentiels visant la qualité que chaque organisme et chaque système de soins de santé devraient envisager, à mesure que les gens cheminent dans le continuum des soins de santé et qu'ils passent des soins actifs aux soins à domicile, passent au système de soins à domicile et peut-être même aux soins de longue durée.

Ces processus essentiels visant la qualité peuvent nous aider à établir des repères.

Nous croyons qu'il faut donner plus d'ampleur au mandat et au financement relatifs aux soins à domicile en Ontario afin d'assurer une meilleure intégration des partenaires du système.

Nous croyons que le soutien financier, y compris les dispositions d'exclusion pour les aidants naturels du Régime de pensions du Canada, doit être examiné en profondeur dans le but d'assurer une aide financière appropriée et significative aux aidants naturels.

Carolyn Rosenthal, présidente, conseil d'administration, Hamilton Council on Aging : Le Hamilton Council on Aging est un nouvel organisme qui a pour objectif de faire de l'éducation et de promouvoir de meilleures conditions de vieillissement pour les aînés grâce à un réseau de personnes et d'organisations.

We share both your vision of an inclusive Canada where seniors are engaged, active and healthy, and the values that you have identified as crucial to achieving this vision. In this spirit, we have three main points to make in response to your report. I will start by summarizing them and then elaborate.

First, we appreciate the comprehensiveness of your report and the excellent options your committee has generated. We strongly encourage you to adopt the World Health Organization Age-Friendly Cities model as a policy framework that supports and enables healthy, active aging.

Second, we recommend that transportation be given greater emphasis in your report.

Third, we want to share some of our experiences in working to address two of the key issues for older people in Hamilton, poverty reduction and social inclusion among seniors from some of the newer immigrant communities, and recommend that your report devote more attention to older immigrants and cultural diversity.

Let me begin with Age-Friendly Cities.

We fully share your enthusiasm for the WHO model of Age-Friendly Cities. We would be thrilled to see the Senate of Canada champion the Age-Friendly Cities cause. We think the model is an excellent one for maximizing the potential for healthy, active aging, positive aging, for individuals, and a good model for preparing our communities to support the large populations of older adults that we will experience in the coming years.

However, it will take a lot of support to help cities implement this model, and having the Senate as a national champion will help ensure that we move forward in making our cities age friendly.

The Hamilton Council on Aging has been excited about the Age-Friendly Cities model for some time. We are currently awaiting a decision on a grant application for funding that would enable us to move this vision forward in our city.

If we are funded, we will be the first large city in Canada to try to implement this model.

The Hamilton Council on Aging sees itself as serving as a catalyst by engaging a broad range of community partners in this initiative, and that is the way we have worked to date.

In developing our proposal, we were greatly encouraged by the excitement and support we found in our community. Among the various groups and organizations we met with, all felt strongly that our community is right for this initiative.

Nous partageons votre vision d'un Canada inclusif où les aînés sont présents, actifs et en santé et où les valeurs que vous avez identifiées comme étant essentielles sont présentes. C'est dans cet esprit que nous vous présentons, en trois parties, notre réponse au rapport. Je vais commencer par en faire un sommaire, puis j'approfondirai.

Premièrement, nous apprécions l'exhaustivité de votre rapport et les excellentes options proposées par le comité. Nous vous encourageons vivement à adopter un cadre stratégique qui s'inspire du modèle des villes-amies des aînés de l'Organisation mondiale de la santé afin d'encourager et de permettre le vieillissement actif et en santé des aînés.

Deuxièmement, nous vous recommandons d'accorder plus d'importance aux transports dans votre rapport.

Troisièmement, nous aimerions partager avec vous certaines de nos expériences concernant deux questions clés pour les aînés de Hamilton : la réduction de la pauvreté et l'inclusion sociale au sein des nouvelles communautés d'immigrants. Nous recommandons de traiter davantage des immigrants aînés et de la diversité ethnoculturelle.

Je parlerai tout d'abord des villes-amies des aînés.

Nous partageons pleinement votre enthousiasme au sujet du modèle des villes-amies des aînés de l'OMS. Nous aimerions que le Sénat du Canada devienne un champion en la matière. À notre avis, il s'agit d'un excellent modèle qui permet de maximiser la possibilité de vieillir en santé et de demeurer actif dans un environnement positif et de préparer nos collectivités à aider les aînés, segment de la population qui prend de l'importance au cours des prochaines années.

Cependant, il faudra beaucoup d'appui pour y arriver. Si le Sénat devient le champion national de cette initiative, il pourra faire avancer la cause des centres urbains adaptés aux aînés.

Le Hamilton Council on Aging s'intéresse aux villes-amies des aînés depuis un certain temps. Nous attendons la réponse à une demande de subvention que nous avons présenté à la Fondation Trillium pour obtenir le financement nécessaire pour faire avancer ce projet dans notre ville.

Le financement nous permettrait d'appliquer le modèle à la ville de Hamilton, ce qui ferait de nous la première grande ville du Canada à le faire.

Le Hamilton Council on Aging se perçoit comme un catalyseur, car il collabore avec toute une gamme de partenaires dans le cadre de cette initiative, et c'est ainsi que nous avons travaillé jusqu'à maintenant.

Quand nous avons mis au point cette proposition, nous étions très encouragés par l'appui et l'enthousiasme des différents groupes et organismes dans notre collectivité. Parmi les différents groupes et organismes que nous avons rencontrés, tous sont d'avis que notre collectivité est prête pour mettre en œuvre cette initiative.

We know people are excited about this model and about the potential to implement it in Hamilton. We know too, from our participation in a meeting a week or two ago in Toronto, that the provinces are onboard for this. What we need is support in implementing this model.

It is not only money that is needed, although money is required, at least initially, but we need to mobilize the will of people in our community so that we can change the way we do things and create environments that support positive, healthy aging. We must do things differently.

Turning to transportation, one aspect of Age-Friendly Cities that we felt could be given more prominence in your report is transportation. It is a key issue for seniors in Hamilton, as elsewhere, especially people on low incomes. Transportation is closely tied to access to health services, social inclusion and active aging. Specific issues vary from one community to another, and among urban, suburban and rural areas.

We need a policy framework and funding for local creative solutions, and we can anticipate that access to transportation will continue to grow in importance as the price of gas rises, as seniors must give up their cars and as our suburban population ages.

We recommend two things.

First, we urge the federal government to assist municipalities in expanding public transit and to dedicate funding for upgrades to ensure that transportation is wheelchair accessible.

Second, we urge the federal government to adopt a basic tax credit of up to \$2,000 for transportation that could reimburse 75 per cent of receipted transportation costs, both for seniors over 75 and for anyone with documented disabilities. This tax credit would help seniors and the disabled achieve participation and independence by removing the barriers caused by inadequate access to transportation to programs or even to medical appointments.

Third, I will talk a bit about two projects that our council is currently engaged in that are helping us move towards the Age-Friendly Cities vision, and that address two particular problems among our older population.

The first project seeks to reduce poverty among Hamilton's older adults by finding individuals who are eligible for benefits such as the Guaranteed Income Supplement, GIS, and who are not currently accessing them. I note that Hamilton has a higher percentage of older adults living in poverty than the national average. We take a neighbourhood-based approach, working with community agencies to locate these people, and we have trained a team of volunteers to help them fill out the necessary forms. We estimate there are about 4,000 older adults in Hamilton who are not accessing benefits, such as GIS, for which they are eligible.

Nous savons que les gens sont enthousiasmés par le modèle des villes-amies des aînés et la perspective de l'appliquer à Hamilton. De plus, les provinces nous ont fait part de leur appui lors d'une rencontre que nous avons eue il y a une ou deux semaines à Toronto. Il nous reste à obtenir de l'aide pour mettre en branle l'initiative.

Cependant, nous n'avons non pas seulement besoin de financement, même si c'est nécessaire au départ, bien sûr, mais nous devons aussi mobiliser notre population afin qu'elle change sa façon de faire et crée un environnement propice pour bien vieillir et rester en santé. Il faut faire les choses différemment.

En ce qui concerne le transport, il s'agit, à notre avis, de l'un des aspects des villes-amies des aînés qui devrait être abordé plus en profondeur dans le rapport. Il s'agit d'une question importante pour les aînés vivant à Hamilton et ailleurs, surtout ceux qui ont un faible revenu. L'accès aux services de santé, l'inclusion sociale et le vieillissement actif dépendent largement de la disponibilité des transports. La nature des problèmes de transport varie selon la collectivité et la région — urbaine, de banlieue ou rurale.

Il nous faut un cadre stratégique et des fonds pour mettre en œuvre des solutions créatives à l'échelle locale. Nous prévoyons que l'accès aux transports deviendra une question de plus en plus importante en raison de la flambée du prix de l'essence et du nombre de personnes âgées qui devront se départir de leur voiture — sans compter le vieillissement de la population de la banlieue.

Nous vous présentons deux recommandations à ce sujet.

Premièrement, nous pressons le gouvernement fédéral d'aider les municipalités à améliorer leurs services de transport en commun et l'accessibilité pour les personnes en fauteuil roulant.

Deuxièmement, nous aimerions que le gouvernement fédéral offre aux aînés de 75 ans et plus et aux personnes ayant un handicap attesté par un médecin un crédit d'impôt de base pour le transport qui pourrait atteindre 2 000 \$ et qui pourrait rembourser 75 p. 100 des coûts liés au transport, sur présentation de reçus. Ce crédit d'impôt permettrait aux personnes admissibles de prendre part à la société et de rester indépendantes, grâce à un meilleur accès aux transports. Elles pourraient ainsi se rendre facilement à des activités ou chez le médecin.

Troisièmement, je parlerai de deux initiatives auxquelles travaille actuellement notre conseil qui nous aiderons à nous rapprocher du modèle des villes-amies des aînés et qui sont axées sur deux problèmes propres aux personnes âgées de notre population.

La première initiative vise à réduire la pauvreté chez les aînés et consiste à trouver ceux qui sont admissibles à des prestations comme le Supplément de revenu garanti, mais qui n'en reçoivent pas. À Hamilton, la proportion d'aînés vivant dans la pauvreté est plus élevée que la moyenne nationale. Notre approche est axée sur les quartiers. Nous travaillons avec des organismes communautaires pour retrouver ces personnes, et des bénévoles formés peuvent les aider à remplir les formulaires nécessaires. Il y aurait à Hamilton environ 4 000 personnes âgées qui ne reçoivent pas les prestations auxquelles elles ont droit, comme le SRG.

We are pleased to see that the Senate committee advocates changes to policies on financial entitlements and to the federal-provincial fiscal framework. These changes recognize the additional costs the provinces will incur in dealing with aging populations.

A second project of ours is concerned with helping older adults from diverse ethnocultural communities access community services. We have reached out to Somali, Chinese, Punjabi and Sudanese communities, and will add others as this project progresses. We are nearing the end of year one and we have funding for another year.

We have recruited community agencies to partner with us in an effort to build on relationships with these communities and to link them to service agencies. The broader purpose of the program is to reduce individual social isolation and to promote social inclusion across cultures.

Ethnocultural diversity, particularly with respect to older immigrants, is a feature of most, if not all, of Canada's larger cities, and certainly of Hamilton. An Age-Friendly City approach must include recognition of this diversity and strategies for ensuring that members of diverse communities can experience a high quality of life in their later years. In that vein, we urge that your report give more emphasis to older immigrants and ethnocultural diversity.

To conclude, we applaud you on your report and again urge you to provide national leadership in the Age-Friendly Cities initiative. We feel that model provides a framework for achieving the broad goal of helping Canadians age well.

Wendy Walker, Executive Director, Community Support Services of Niagara: Thank you very much for the opportunity to respond to some of the issues that you have listed in your report.

Community Support Services of Niagara, CSSN, is a registered non-profit agency providing volunteer-based services to seniors and adults with disabilities. The mission of our agency is to support our clients so that they can live independently in their own home and in their community.

Our volunteer services include meal delivery, which is Meals on Wheels; social and congregate dining; and transportation — we have a volunteer transportation service. I endorse Ms. Rosenthal's remark that there needs to be more transportation services throughout, particularly, our area. We provide a visiting social and safety program. We also provide service arrangement and coordination of reasonably priced home maintenance and repair services, and we are starting a new home-making service this year.

We are partnered with the Community Care Access Centres to provide a home-to-stay initiative, where people receive transportation home from the hospital when family and friends are unavailable, and assistance in settling in their own home. We

Nous sommes heureux de constater que vous préconisez des changements dans les politiques relatives aux avantages financiers et dans le cadre budgétaire fédéral-provincial. Ces changements permettent de faire reconnaître les coûts supplémentaires que les provinces devront absorber pour répondre aux besoins d'une population vieillissante.

Dans le cadre de la deuxième initiative, nous aidons les aînés de différentes origines ethnoculturelles à accéder aux services communautaires. Nous avons déjà frappé à la porte des communautés somalienne, chinoise, punjabe et soudanaise, et nous comptons en approcher d'autres. Nous arrivons à la fin de la première année, et nous avons obtenu du financement pour une autre année.

Nous avons recruté des organismes communautaires partenaires afin de nouer des liens avec ces communautés et de les mettre en contact avec ces organisations de prestation de services. L'objectif général de ce programme est de diminuer l'isolement social et de promouvoir l'inclusion sociale des différentes cultures.

La diversité ethnoculturelle, surtout en ce qui concerne les immigrants âgés, est caractéristique des grands centres urbains du Canada, dont Hamilton. En appliquant le modèle des villes-amies des aînés, il faut tenir compte de cette diversité et prévoir des stratégies pour que les gens de toutes les origines puissent bénéficier d'une bonne qualité de vie en vieillissant. Ainsi, nous souhaitons ardemment que le rapport accorde plus d'importance aux immigrants aînés et à la diversité ethnoculturelle.

En conclusion, nous vous félicitons pour votre rapport et vous encourageons à jouer un rôle de chef de file national dans l'initiative des villes-amies des aînés. Ce modèle permettra aux Canadiens de bien vieillir.

Wendy Walker, directrice générale, Services de soutien communautaire de Niagara : Merci beaucoup de m'avoir donné l'occasion de me prononcer sur certains des enjeux que vous avez soulevés dans votre rapport.

Les Services de soutien communautaires de Niagara, organisme sans but lucratif enregistré, offrent des services bénévoles aux aînés et aux adultes handicapés. Notre organisme a pour mission d'offrir un soutien à ses clients afin qu'ils puissent mener une vie autonome chez eux dans leur collectivité.

Nos services bénévoles comprennent la livraison de repas, soit la popote roulante, des repas-rencontres et le transport — nous offrons un service de transport bénévole. J'appuie le commentaire de Mme Rosenthal : il faut accroître l'ampleur des services de transport, notamment dans notre région. Nous offrons des programmes de visite à domicile ainsi que des programmes sociaux et de sécurité. Nous offrons aussi la gestion des services et la coordination de services d'entretien et de réparation assez abordables, et nous lançons un nouveau service d'entretien ménager cette année.

De concert avec les centres d'accès aux soins communautaires, nous mettons en œuvre une initiative visant à permettre aux personnes de demeurer à leur domicile; dans le cadre de cette initiative, les personnes peuvent profiter d'un transport pour se

shop for groceries for those who have been in hospital for a period of time, and we drop off prescriptions, if that is something that the person needs. The CCAC, of course, arranges for the personal care or nursing care that the person requires to remain at home.

Volunteers are essential to the provision of our services. Our volunteer base has decreased gradually as our volunteers age, and some of them are even becoming clients, and few community members are stepping forward to take their place.

Agencies that rely on the services of volunteers to provide their services need to provide a worthwhile and meaningful experience for the volunteer to maintain their volunteer group.

In the volunteering sector, we have been advocating for tax credits for volunteerism for a while. We are pleased to see that it is option 1 of your report. A tax credit will recognize the valuable contribution of time made by our volunteers.

Volunteers on average donate between 50 and 100 hours of service annually. Volunteers provide services. They also sit on our boards of directors, our advisory councils and various committees, and they provide feedback from the community as to the kinds of services that are being provided and any gaps in services that are recognized.

Last year, hours of service by CSSN volunteers equalled 40,084 hours. This total represented a 10-per-cent increase over the previous year. Even though we have just under 500 volunteers throughout Niagara, and our volunteer numbers are decreasing slightly, our volunteers are volunteering more. They are stepping up to the plate and taking on more volunteer activities.

We have a database that accurately tracks any charitable donations and then we report these donations annually to the Canada Revenue Agency. The database also tracks individual volunteer hours of service. The total volunteer hours are reported to the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. We also track student volunteer hours, which are reported to the school so that the students receive credit for their volunteer contribution.

Recognition in the form of a tax credit would be welcomed by volunteers. It would recognize in a tangible way their contribution of time, and may be an incentive to recruit new volunteers.

I often think it is easy to sit down and write out a donation cheque for \$100, and pass it on to the agency of choice, but there is no recognition of coming to the agency every week or biweekly and devoting two hours of time delivering meals, other than the internal recognition that we provide for our volunteers.

rendre chez elles de l'hôpital, lorsque les amis et la famille ne sont pas disponibles, et obtenir de l'aide pour s'établir dans leur domicile. Nous faisons le marché des personnes qui ont été hospitalisées pendant un bon moment, et nous allons chercher des médicaments à la pharmacie, si la personne en a besoin. Le CASC, bien sûr, prend les arrangements nécessaires pour que la personne reçoive les soins personnels ou infirmiers qui lui sont nécessaires pour demeurer chez elle.

Le bénévolat est essentiel à nos services. Notre banque de bénévoles rétrécit progressivement à mesure que ceux-ci vieillissent — certains deviennent même nos clients —, et peu de membres de la collectivité retroussent leurs manches pour prendre leur place.

Les organismes tributaires des bénévoles doivent offrir à ceux-ci une expérience significative et enrichissante s'ils souhaitent conserver leur banque de bénévoles.

Dans le secteur bénévole, on fait des pressions depuis un certain moment pour que le bénévolat soit compensé par des crédits d'impôt. Nous sommes heureux de constater que c'est l'option 1 de votre rapport. Un crédit d'impôt témoignerait de la reconnaissance du don précieux que font les bénévoles de leur temps.

Un bénévole offre en moyenne de 50 à 100 heures chaque année. Les bénévoles offrent des services. Ils siègent également à nos conseils d'administration, nos conseils consultatifs et nos différents comités, et ils transmettent la rétroaction de la collectivité sur les types de services offerts et les lacunes à l'égard des services.

L'année dernière, les Services de soutien communautaires de Niagara ont accumulé 40 084 heures de bénévolat. Ce chiffre révèle une augmentation de 10 p. 100 par rapport à l'année précédente. Même si l'ensemble de la région du Niagara compte un peu moins de 500 bénévoles, et que ce chiffre diminue légèrement, nos bénévoles donnent plus d'heures. Ils accomplissent davantage d'activités bénévoles.

Nous disposons d'une base de données qui enregistre de façon précise tout don de bienfaisance, puis nous transmettons l'information chaque année à l'Agence du revenu du Canada. La base de données enregistre également les heures données par chaque bénévole. Le total des heures de bénévolat est communiqué au ministère de la Santé et des Soins de longue durée en Ontario. Nous enregistrons également les heures de bénévolat des étudiants, qui sont transmises à l'école pour que la contribution bénévole de l'étudiant soit reconnue.

Une reconnaissance qui prendrait la forme d'un crédit d'impôt serait bien accueillie par les bénévoles. Ce serait une reconnaissance tangible du temps qu'ils contribuent, et une telle mesure pourrait aider à attirer de nouveaux bénévoles.

Je songe souvent au fait qu'il est facile de donner un chèque de 100 \$ à l'organisme de son choix, mais qu'aucune mesure de reconnaissance n'est en place pour ceux qui se présentent chaque semaine ou toutes les deux semaines et consacrent deux heures de leur temps à distribuer des repas, à l'exception de la reconnaissance interne que nous manifestons à nos bénévoles.

In Niagara, we are establishing a committee with the support of the LIHN and also the support of Marge Dempsey, to build closer ties with our local schools, colleges and universities to promote volunteerism. We recognize that people who start volunteering early in life, if they have had a good experience, usually will continue volunteering as an adult.

In that respect, we strongly support options 1 to 5 in your report that reflect on volunteers.

As mentioned previously, caregivers are another group that we want to talk about. I have listed option 37 and options 63 to 67.

Caregivers, as mentioned earlier, provide the majority of care to seniors living at home. They need to be supported in the form of readily available respite, education and assistance to help them understand and respond to the seniors' needs. Caregivers need support for their own personal needs.

We feel that, with appropriate supports in place, caregiver help and well-being can be maintained and the senior can continue to be cared for at home.

I want to talk briefly about another option that directly relates to our agency, the seniors that we provide service to, which is option 24, to make the Old Age Security and Guaranteed Income Supplement benefits non-taxable.

Seniors with limited resources need financial assistance to live independently at home. Many community services have a user fee, for example, the cost of the meal in the Meals on Wheels service. CSSN, our agency, provides subsidies from the donated funds. However, seniors on low income still experience financial hardships and often are not able to access the necessary services. We find that seniors choose the meals because they are not able to cook for themselves and they are not able to afford the home maintenance service to look after their home.

Option 38 is to improve training of workers providing the services to seniors.

Option 39 is to share best practices for the prevention of elder abuse.

Option 41 is, "Support capacity building projects for training in geriatrics and gerontology." Limited supports are available in Niagara, including the timely diagnosis and treatment of dementias. I think Ms. Dempsey referred to that issue as well.

Option 51 is to increase the availability of affordable supportive housing. Again, there are limited supportive housing options in Niagara. This housing is truly a benefit for seniors who

Dans la région de Niagara, nous mettons sur pied un comité, avec le soutien du RLISS et de Marge Dempsey, visant à renforcer les liens avec les écoles, les collèges et les universités du coin afin de promouvoir le bénévolat. Nous savons que les gens qui commencent à faire du bénévolat tôt continuent habituellement à le faire à l'âge adulte si leur expérience est positive.

À cet égard, nous appuyons vivement les options 1 à 5 de votre rapport, qui traitent des bénévoles.

Comme on l'a mentionné précédemment, les aidants naturels sont un autre groupe dont il faut parler. J'ai souligné l'option 37 et les options 63 à 67.

Les aidants naturels, comme on l'a déjà mentionné, fournissent la majorité des soins aux aînés qui vivent à domicile. On doit les appuyer au moyen de services de relève, d'information et de soutien immédiatement disponibles pour les aider à comprendre les besoins des aînés et à y réagir. Les aidants naturels ont besoin de soutien pour combler leurs propres besoins personnels.

Nous estimons que, avec des mesures de soutien appropriées, il est possible d'aider les aidants naturels et de maintenir leur bien-être; ainsi, les aînés peuvent continuer à profiter de leurs soins à domicile.

Je veux parler brièvement d'une autre option directement liée à notre organisme et aux aînés qui bénéficient de nos services, soit l'option 24 : rendre non imposables les prestations de la Sécurité de la vieillesse et du Supplément de revenu garanti.

Les aînés qui possèdent des ressources limitées ont besoin d'aide financière pour maintenir leur autonomie à domicile. Bon nombre de services communautaires moyennent des frais d'utilisation; par exemple, le coût d'un repas du service Meals on Wheels. Les Services de soutien communautaires de Niagara, notre organisme, offrent des subventions à même les dons reçus. Toutefois, les aînés à faible revenu vivent toujours des difficultés financières et, bien souvent, ne peuvent pas accéder aux services nécessaires. Nous constatons que les aînés optent pour le service de livraison de repas parce qu'ils ne sont pas capables de cuisiner eux-mêmes et qu'ils n'ont pas les moyens de recourir à des services d'entretien ménager.

L'option 38 consiste à améliorer la formation des travailleurs de la santé qui offrent les services aux aînés.

L'option 39 consiste à mettre en commun les pratiques exemplaires relatives à la prévention des mauvais traitements à l'égard des personnes âgées.

L'option 41 est formulée comme suit : « Appuyer des projets de renforcement des capacités visant la formation en gériatrie et en gérontologie. » Dans la région du Niagara, les mesures de soutien, y compris le diagnostic et le traitement rapides de la démence, sont limitées. Je crois que Mme Dempsey a aussi fait allusion à cette question.

L'option 51 consiste à accroître le parc de logements abordables. Encore une fois, les options de logement avec services de soutien sont limitées dans la région. Ce type de

are not able to perform all the activities of daily living. They have the assistance of staff to provide a certain level of help so they can maintain their independence.

Options 60 and 61 are to introduce a National Home Care Program. I think there needs to be some standardization across the country, certainly not to the detriment of existing programs that are in place. We see periodically where people come from other communities and other provinces that the services in Ontario and the other province are not the same. They are looking for the basic services.

Option 68 is the better integration of care between acute, long-term care and community. It is a necessity to ensure that seniors can live as independently as possible.

I think we have responded to the issues and options that directly impact the clients that we serve, the volunteers that provide our services and the community support services that we offer.

We feel that the information that is contained in your report is both timely and insightful, and we are supportive.

Again, thank you for the opportunity to participate.

The Chair: Ms. VanderBent, I want to talk about your position on national home care. It was never our intention that we go to the lowest possible denominator. It was our position that we go to the highest possible basket of services available.

I am sure you are well aware that in some parts of the country, and I think of my home province of Nova Scotia, for example, there is a limited nature of home care services, not the least of which is because the provincial budgetary envelope, if you will, has not been large enough to subsume more of the home care services.

If we look at the arrangements that were drafted by the previous government with respect to child care, I think they addressed that issue, because they allowed for the flexibility of building on the program that presently existed. In other words, any monies that came from the federal government were not to replace what was presently offered, but to increase what presently existed.

If we were to come up with a design like that, would you have a greater comfort level?

Ms. VanderBent: Absolutely; I was at a lot of the tables following the Romanow report, looking at palliative care, for instance, and national standards for palliative care. We continued to run into this roadblock, which was that we could not define the basic basket of services. What we felt was basic, others felt was a Cadillac program and unaffordable.

logement profite vraiment aux aînés qui ne sont pas capables d'accomplir toutes les tâches de la vie quotidienne. Ils sont assistés par le personnel, qui leur offre un certain degré d'aide pour qu'ils puissent conserver leur autonomie.

Les options 60 et 61 concernent la création d'un programme national de soins à domicile. Je crois qu'il faut assurer une certaine normalisation à l'échelle du pays, mais surtout pas au détriment des programmes qui sont déjà en place. Nous constatons parfois, lorsque des gens viennent d'autres collectivités et d'autres provinces, que les services ontariens ne sont pas les mêmes que ceux des autres provinces. Les gens cherchent à obtenir des services de base.

L'option 68 vise à mieux intégrer les soins de courte durée, les soins de longue durée et les soins communautaires. Il faut s'assurer que les aînés peuvent mener une vie aussi autonome que possible.

Je crois que nous avons commenté les enjeux et les options qui influent directement sur les clients que nous servons, sur les bénévoles qui dispensent nos services et sur les services de soutien communautaires que nous offrons.

Nous estimons que l'information contenue dans votre rapport est à jour et témoigne d'une bonne réflexion, et nous l'appuyons.

Encore une fois je vous remercie de m'avoir donné l'occasion de participer.

La présidente : Madame VanderBent, j'aimerais parler de votre position à l'égard du programme national de soins à domicile. Nous n'avons jamais eu l'intention de faire du nivellement par le bas. Nous étions d'avis qu'il fallait tendre vers le plus grand panier de services possible.

Vous savez sûrement très bien que, à certains endroits au pays — et je pense par exemple à ma province d'origine, la Nouvelle-Écosse —, les services de soins à domicile sont limités, et que cette lacune est surtout imputable à l'enveloppe budgétaire provinciale, qui ne permet pas de mettre sur pied de nouveaux services de soins à domicile.

Si nous jetons un coup d'œil aux arrangements qui ont été rédigés par le gouvernement précédent concernant les services de garde d'enfants, je crois qu'on a tenu compte de cette réalité, parce qu'on a accordé aux provinces toute la souplesse voulue pour faire fond sur le programme déjà en place. En d'autres mots, tout argent provenant du gouvernement fédéral était destiné non pas à remplacer les services déjà en place, mais à améliorer ceux qui existaient déjà.

Si nous concevions un tel arrangement, seriez-vous davantage satisfaite?

Mme VanderBent : Certainement; j'ai assisté à beaucoup de réunions qui ont suivi le dépôt du rapport Romanow, en ce qui concerne les soins palliatifs, par exemple, et les normes nationales s'appliquant à ces soins. Nous aboutissions toujours à cette impasse, c'est-à-dire que nous ne pouvions pas définir le panier de services de base. Les programmes que nous jugions essentiel étaient qualifiés de « Cadillac » hors de prix par d'autres.

I know that since the Romanow report, the federal government earmarked money to come to the provinces to expand our home and community care system, which is driving the changes that we see in Ontario. I cannot speak highly enough about the fact that the federal government has driven those changes and has helped us to expand all our services in the home and community care system.

I would be absolutely supportive, so would our association, but it will be a challenge to decide what is the basic basket of services that people need, and then to weave those services into all the different models and ways of delivering care that we have across this big country.

The Chair: What I liked most about the child care arrangements was that they were individualized. It was a national program, but the arrangements did not even attempt to compare Manitoba with New Brunswick. It said to Manitoba: This is the system you have in place; we will sign an agreement with you to give you additional dollars to build on that system.

That approach, to me, left that kind of flexibility. We talk about the need for federal flexibility and it seems to me that approach would be ideal. I think that was why Quebec joined because, as you know, they are always independent and always wanting to ensure that their services are sacrosanct and they are not compared to anybody else's services. If we did not explain that in our model, it was our lack of accuracy.

I am satisfied now that it is not the national nature that you object to, but ensuring that nobody will have less than they presently have.

Ms. VanderBent: Exactly.

Senator Cordy: Ms. Rosenthal, I am interested in your neighbourhood approach to contacting seniors about their entitlements. I am currently working on a speech for the Senate on the number of seniors in Canada who do not receive Canada Pension or the Guaranteed Income Supplement. If they do not receive Canada Pension, they do not receive the GIS. The problem is that seniors are not aware of their rights.

You have contacted seniors in a smaller community and it is working. How can we contact them at a national level to ensure that Canadians receive what they are entitled to?

Poverty has been reduced among seniors because of GIS, but the poverty levels of single women, particularly, are continuing to stay high.

Can you go over what you do in a little more detail, and is there any way that approach can be used across the country?

Je sais que, depuis le rapport Romanow, le gouvernement fédéral a réservé de l'argent aux provinces pour qu'elles puissent élargir leur système de soins à domicile et communautaires, ce qui sous-tend les changements que nous voyons en Ontario. Je ne saurais trop insister sur le fait que c'est le gouvernement fédéral qui a favorisé ces changements et nous a aidés à élargir tous nos services dans le cadre du système de soins à domicile et communautaires, et je l'en félicite.

J'appuierais certainement la mesure que vous avez proposée, et notre association l'appuierait également, mais il sera difficile de décider de la nature du panier de services dont les gens ont besoin, puis d'intégrer ces services à tous les différents modèles et à toutes les différentes méthodes de prestation de services qui existent d'un océan à l'autre.

La présidente : Ce qui me plaisait le plus des arrangements relatifs aux services de garde, c'était le fait qu'ils étaient souples. C'était un programme national, mais on ne tentait même pas de comparer la situation du Manitoba à celle du Nouveau-Brunswick. On disait au Manitoba : « Voici le système que vous avez en place; nous allons signer une entente avec vous pour injecter des fonds supplémentaires afin que vous puissiez faire fond sur ce système. »

Cette démarche, à mon avis, offrait la souplesse nécessaire. Nous parlons de l'importance de la souplesse du gouvernement fédéral, et il me semble que cette démarche serait idéale. Je crois que c'est pour cette raison que le Québec s'est joint au programme, car, comme vous le savez, cette province tient toujours à demeurer indépendante et à s'assurer du caractère sacro-saint de ses services pour qu'on ne puisse pas les comparer aux services d'une autre province. Si nous ne l'avons pas expliqué dans notre modèle, le manque de précision est notre erreur.

Je suis maintenant convaincue que vous ne vous opposez pas au caractère national de l'arrangement : vous voulez seulement vous assurer que personne ne voie ses services diminuer.

Mme VanderBent : Exactement.

Le sénateur Cordy : Madame Rosenthal, je suis intéressée par votre approche axée sur les quartiers, qui consiste à informer les aînés de leur admissibilité aux prestations. Je travaille actuellement sur un discours à l'intention du Sénat qui traite du nombre d'aînés au Canada qui ne touchent pas de prestations du Régime de pensions du Canada ni de Supplément de revenu garanti. S'ils ne touchent pas de prestations du RPC, ils ne touchent pas de SRG. Le problème, c'est que les aînés ne connaissent pas leurs droits.

Vous avez communiqué avec des aînés dans une petite collectivité, et cela fonctionne. Comment peut-on communiquer avec eux sur à l'échelle nationale pour voir à ce que les Canadiens touchent les prestations auxquelles ils ont droit?

Le SRG a contribué à réduire la pauvreté chez les aînés, mais le niveau de pauvreté, particulièrement chez les femmes seules, demeure élevé.

Pouvez-vous donner de plus amples détails sur ce que vous faites et nous dire si cette approche pourrait être adaptée à l'échelle nationale.

Ms. Rosenthal: We are about six or seven months into this project.

Our social planning and research council helped us with research to locate or identify the communities and neighbourhoods in Hamilton that have the highest percentage of low-income seniors. We then targeted specific neighbourhoods. It is a neighbourhood-based approach.

Community development is new to me. I come from an academic background.

I heard someone say that the Age-Friendly Cities model ultimately is one neighbourhood at a time. That model is the opposite end of what you are talking about when you see it from the federal picture.

Our initial strategy was to work with the Canada Revenue Agency and to go to tax clinics. Of course, the problem is that most seniors who come out to those clinics are somewhat aware of these issues. What we will do in our second phase is to use those clinics as a way of helping seniors who receive benefits access other kinds of subsidies that are available to seniors that they do not know about. For these federal benefits, the big ones, we are working through community agencies and neighbourhood associations to try to identify what we term “hard to reach” seniors. These people are the ones who are isolated.

Often the two projects, the Entitlements Project and the Ethnocultural Diversity Project, overlap because some of these isolated seniors have language barriers and so on.

The best I can tell you at the moment is that working with local associations and neighbourhood groups, including faith-based organizations in some communities, has been helpful in leading us to individuals. However, the process is really turning over one stone at a time. It is a painstaking process.

We have trained a group of volunteers. I think that is key. I was interested in Ms. Walker's comments on volunteers. We are worried about how to maintain these volunteers over time because they are an extremely valuable resource and we are trying to come up with funding for a volunteer coordinator that will be permanent.

I do not know if this is helpful to you.

Senator Cordy: Yes.

Denise O'Connor, Executive Director, Hamilton Council on Aging: We have a community development person who is trained in community development and who has established relationships with a number of the ethnocultural communities. His relationships have helped us make headway into these communities and build those relationships.

Often, people from some communities are afraid of authority. They do not have positive experiences with government; governments are scary people. By building trust through the

Mme Rosenthal : Nous avons commencé ce projet il y a environ six ou sept mois.

Notre conseil de planification sociale et de recherche nous a aidés sur le plan de la recherche pour repérer ou définir les collectivités et les quartiers de Hamilton où le pourcentage d'aînés à faible revenu est le plus élevé. Nous avons alors ciblé des quartiers précis. C'est une approche axée sur les quartiers.

L'amélioration des services à la collectivité est pour moi un domaine nouveau. Je viens du milieu universitaire.

J'ai entendu quelqu'un dire que le modèle des villes-amies des aînés s'applique essentiellement à un quartier à la fois. Ce modèle va dans le sens opposé de ce dont vous parlez lorsque vous abordez la question du point de vue fédéral.

Notre stratégie initiale consistait à travailler avec l'Agence du revenu du Canada et à participer à des séances d'information fiscale. Bien sûr, le problème, c'est que la plupart des aînés qui se présentent à ces séances sont quelque peu sensibilisés à ces questions. Dans le cadre de la deuxième étape, nous utiliserons ces séances d'information pour aider les aînés qui touchent des prestations à accéder à d'autres types de subventions auxquelles ils ont droit et dont ils ne connaissent pas l'existence. Quant à ces prestations fédérales, les plus importantes, nous tentons, par l'entremise d'organismes communautaires et d'associations de quartier, de repérer les aînés que nous disons « difficiles à rejoindre ». Ces personnes sont celles qui vivent isolées.

Il arrive souvent que les deux projets, celui de l'admissibilité aux prestations et celui de la diversité ethnoculturelle, se chevauchent, car certains de ces aînés isolés sont aux prises avec des barrières linguistiques, entre autres.

Le mieux que je puisse vous dire en ce moment, c'est que la collaboration avec les associations locales et les groupes de quartier, y compris les organismes confessionnels établis dans certaines collectivités, s'est révélée utile pour joindre les personnes. Toutefois, le processus consiste vraiment à surmonter un défi à la fois. C'est un travail pénible.

Nous avons formé un groupe de bénévoles. Je crois que c'est essentiel. J'ai été intéressé par le commentaire de Mme Walker au sujet des bénévoles. Nous nous creusons la tête pour trouver le moyen de maintenir en place ces bénévoles au fil du temps, car ce sont des ressources extrêmement précieuses, et nous tentons d'obtenir du financement pour retenir les services d'un coordonnateur des bénévoles, qui sera un poste permanent.

Je ne sais pas si cela peut vous aider.

Le sénateur Cordy : Oui.

Denise O'Connor, directrice générale, Hamilton Council on Aging : Nous avons un responsable de l'amélioration des services à la collectivité qui est formé dans le domaine et qui a établi des relations avec un certain nombre des communautés ethnoculturelles. Ses relations nous ont aidés à nous frayer un chemin dans ces communautés et à créer ces relations.

Bien souvent, les personnes de certaines communautés craignent l'autorité. Elles n'ont pas vécu d'expériences positives avec le gouvernement; les représentants des gouvernements sont

communities, the point is to build on existing trust relationships, but the approach must be community, it must be local. There is no other way. It is not about public relations, it is about making one-on-one contact. Governments can put out brochures but if people do not read them and they do not trust them, then they will not pay attention.

It is about those individual relationships.

Ms. Dempsey: I want to speak to that also because we find this issue often in this population of individuals who live alone.

Again, that issue crosses not only our cognitively-impaired population but also seniors in general who live alone. Perhaps they are immigrants who do not speak English well and, as you said, they are frightened of the concept of government involvement.

One thing that we have done, and that I think would be a useful strategy across the board, is for agencies that are involved in any way in any senior environment, to ask, as one of the questions that is part of their information-gathering, "Are you aware of all the resources that may be available to you financially?"

By asking that question, they are not asking the seniors for their income, they are not asking them about the money they are receiving, but they are offering the seniors something, some information. That approach seems to be more acceptable.

It should be part of the criteria, because many people are not only not receiving the money they are entitled to, they are not even filing their income tax. These issues are real.

Senator Cordy: We have heard some dreadful stories before our committee.

Ms. Dempsey: Yes, it is true. For years, people are not receiving the money they need to survive even.

Senator Cordy: One thing that I learned from a witness before the committee was that in Canada, the federal government, if seniors have not been receiving CPP or GIS, then they have an 11-month retroactivity. In Quebec, they have five years. The lack of take-up in Quebec is next to zero, whereas the lack of take-up in Canada overall, I forget what it is, but it is substantial.

That might also be one thing that we can look at. Somebody mentioned we can have all the brochures in the world, but we are not reaching all the seniors. If we can alleviate poverty among seniors, that goes a long way.

Ms. Walker, we think a tax break for volunteers is a great idea, and you do too. You made an excellent representation on that issue.

des gens effrayants. Stimuler la confiance des communautés contribuera à renforcer les liens de confiance qui existent déjà, mais la démarche doit se faire auprès des communautés individuelles, elle doit être locale. C'est non pas une question de relations publiques, mais bien d'établissement de la communication avec chacun. Les gouvernements peuvent publier des brochures, mais si personne ne les lit et que personne ne leur prête foi, on n'y fera pas attention.

L'important, c'est chaque relation individuelle.

Mme Dempsey : J'aimerais aussi en parler, parce que nous faisons souvent face à ce problème dans une population de personnes vivant seules.

Encore une fois, ce problème afflige non seulement notre population atteinte de troubles cognitifs, mais aussi les aînés qui vivent seuls en général. Parfois, ce sont des immigrants qui ne parlent pas bien anglais et, comme vous l'avez dit, ils sont effarouchés par le concept de participation gouvernementale.

L'une des choses que nous avons faites, et je crois que cette stratégie serait utile partout, c'est de demander aux organismes qui sont actifs d'une façon ou d'une autre dans l'environnement des aînés d'ajouter, à leur liste de questions visant à recueillir de l'information, la suivante : « Connaissez-vous toutes les ressources qui s'offrent à vous sur le plan financier? »

En posant cette question, on ne demande pas aux aînés quel est leur revenu, on ne leur demande pas quelle somme ils touchent; on leur offre quelque chose, de l'information. Cette démarche semble mieux accueillie.

Cela devrait être un critère, car beaucoup de personnes, en plus de ne pas toucher le montant d'argent auquel elles ont droit, ne font même pas leur déclaration d'impôt sur le revenu. Ce sont de vrais problèmes.

Le sénateur Cordy : On a raconté des histoires abominables au comité.

Mme Dempsey : Oui, c'est vrai. Pendant des années, des personnes ne touchent même pas l'argent dont elles ont besoin pour survivre.

Le sénateur Cordy : L'une des choses que j'ai apprises d'un témoin qui s'est présenté devant le comité c'est que, au Canada, si l'aîné n'a pas touché de prestations du RPC ou du SRG, le gouvernement fédéral lui accorde rétroactivement des prestations pour une période de 11 mois. Au Québec, cette période est de cinq ans. Le défaut d'inscription au Québec est presque inexistant, tandis qu'au Canada dans l'ensemble, j'ai oublié le chiffre, mais il est important.

On pourrait aussi se pencher sur cette question. Quelqu'un a remarqué que l'on a beau s'obstiner à faire imprimer des brochures, on ne rejoint pas tous les aînés. Arriver à réduire la pauvreté chez les aînés serait un pas de géant.

Madame Walker, nous croyons qu'un incitatif fiscal pour les bénévoles est une idée géniale, et vous aussi. Votre déclaration sur cette question était judicieuse.

Your organization keeps good track of the volunteer hours that people are working. Not every organization is able to do that because they do not have the volunteers to do it.

How can we keep it simple, if we have a tax rebate for volunteers? Government has a great desire to overcomplicate things so that people will say; you know what, it is not worth spending ten hours filling out these forms to receive \$150 back.

Do you have a recommendation on how to keep it simple? We understand that the government must be accountable but, on the other hand, how do we not overcomplicate it?

Ms. Walker: That question is an excellent one. I was thinking of that problem as well. We provide donor receipts for people who give monetary contributions. Can we do that with volunteers? If we provide a donor receipt and the volunteer volunteers at several different agencies, they would have a donor receipt from each agency.

I want to say \$1 an hour would be nice, but it probably will not work out in that respect. Some determination would need to be made of what an hour of volunteer's time is worth as a tax credit.

Senator Cordy: Even at the end of the year, the volunteer could receive a donor receipt in terms of the number of hours and then the amount could be determined later.

Ms. Walker: Yes, that is the suggestion. I do not know.

Senator Cordy: I think your comment is so accurate that it is much easier to write out a cheque than to volunteer every week.

Ms. Walker: It is much easier.

Senator Cordy: My next question is for Ms. Dempsey.

In my father's family, three have died in their early 60s. Those who have lived to be 75 or older have all exhibited signs of dementia, so I want to make sure that there are good plans in place if I should live to be that old.

I was on a committee that studied mental health and mental illness, and one of the things we looked at was dementia.

One thing you talked about was the right to risk. We grappled with that right as a committee; when somebody refuses to take medication or, as you said, refuses to leave their home for safety reasons.

Have you found a way that works well with that right? With the other committee that I was on, we struggled with this issue and we heard conflicting evidence from both sides, from people who said we cannot ever force somebody to take a medication against their will, and others who said, we must, for the safety of the individual.

Votre organisme tient un bon registre des heures de bénévolat fournies par chacun. Ce ne sont pas tous les organismes qui sont en mesure de le faire, car ils n'ont pas les bénévoles nécessaires.

Comment peut-on éviter de compliquer inutilement la situation si nous offrons des incitatifs fiscaux aux bénévoles? Le gouvernement a intérêt à compliquer les choses pour rien, afin que les gens baissent les bras et concluent que ça ne vaut pas la peine de passer dix heures à remplir des formulaires pour recevoir 150 \$.

Avez-vous une recommandation à ce sujet? Nous comprenons que le gouvernement doit être responsable, mais, en revanche, comment peut-on maintenir la simplicité?

Mme Walker : C'est une excellente question. Je pensais aussi à ce problème. Nous donnons des reçus aux donateurs qui offrent des contributions monétaires. Peut-on faire la même chose avec les bénévoles? Si nous donnons un reçu de donateur au bénévole, et qu'il œuvre pour plusieurs différents organismes, il recevrait un reçu de donateur de chaque organisme.

J'aimerais dire qu'un dollar l'heure serait bien, mais cela ne fonctionnera probablement pas ainsi. Il faudrait déterminer ce que vaut une heure de travail bénévole en crédit d'impôt.

Le sénateur Cordy : Même à la fin de l'année, le bénévole pourrait recevoir un reçu de donateur indiquant le nombre d'heures qu'il a consacrées à l'organisme, puis on pourrait déterminer le montant plus tard.

Mme Walker : Oui, c'est la suggestion. Je ne sais pas.

Le sénateur Cordy : Je trouve que votre commentaire selon lequel c'est plus facile de faire un chèque que de faire du bénévolat chaque semaine est particulièrement judicieux.

Mme Walker : C'est beaucoup plus facile.

Le sénateur Cordy : Ma prochaine question s'adresse à Mme Dempsey.

Dans la famille de mon père, trois personnes sont décédées au début de la soixantaine. Ceux qui ont vécu jusqu'à l'âge de 75 ans et plus ont tous manifesté des signes de démence, alors j'aimerais m'assurer que des bonnes mesures sont en place si je vis jusqu'à cet âge.

Je siégeais à un comité qui examinait la santé mentale et la maladie mentale, et l'un des sujets que nous avons abordés était la démence.

L'une des choses dont vous avez parlé était le droit au risque. Nous avons regardé toutes les facettes de ce droit dans le cadre du comité; c'est-à-dire lorsque quelqu'un refuse de prendre ses médicaments ou, comme vous l'avez dit, refuse de quitter son domicile pour des raisons de sécurité.

Avez-vous trouvé une façon de faire qui permettrait bien de respecter le droit? Dans les autres comités auxquels j'ai participé, nous avons tourné la question dans tous les sens et nous avons entendu des témoignages inconciliables des deux côtés, de personnes qui affirmaient qu'on ne peut jamais forcer quelqu'un à prendre un médicament contre son gré, et d'autres qui ont déclaré que nous le devons, pour la sécurité de la personne.

Ms. Dempsey: Herein lies the huge ethical dilemma.

I am an old nurse, so I remember when the system was paternalistic and they did not tell people anything, they just did it. I worked in the days when placebos were given without consent. We cannot do that sort of thing any longer, nor should we. I was never in favour of that sort of thing.

Persuading people to take things under false pretences is not what we consider appropriate any longer.

However, I think that the critical piece is capacity. I think it is no problem for people to be at risk if they have the capacity to understand their risk. If they know that they are doing something that is high risk behaviour, or that they are putting themselves at risk to do it, and they fully understand and appreciate the consequences of that behaviour, then absolutely, they have that right to risk.

If they are a person who no longer understands and appreciates their own risk and that their risk is beyond what they, as a person, what we call their "then" self, their previous self, would have considered a risk that they would ever have taken, or a means of behaviour or activity that would never have been appropriate to who they saw themselves as a cognitively-well person, and now as a cognitively impaired person, they are doing those things, then that changes the situation.

I think that when a person no longer has the capacity to understand and appreciate their own risk and would never have put themselves in that position previously, then we can legitimately step in and say we will preserve that person as who they were. We can then engage in trying to assist them in being the person they were, even though they are no longer able to do that on their own.

If a person who willingly would have taken medication to ensure that their blood pressure was okay, that their heart was in good working order or perhaps even a drug to keep them feeling well mentally, as a previous person prior to their illness, then we should ensure that they can still do that even though they no longer understand they need to do that. I say we then find means of ensuring that can happen in perhaps a different way.

If they are taking a medication, we can find a way for them to take it. If the medication is to assist them perhaps for the dementia, we can tell them that it is a blood pressure pill, which they would be more willing to take, even though we are lying to them now because they are no longer capable. I would never suggest something like this for a cognitively well, capable person.

The same is true for providing them with services in their home, and that is what I said earlier, finding ways to be innovative and assist them. They do not think they need any help, so the help is not for them. They are doing something for somebody else, for example, by providing respite in the home of someone who has no support. It is not because they need help, but

Mme Dempsey : C'est là que réside le formidable dilemme éthique.

Je suis une ancienne infirmière, alors je me souviens du temps où le système était paternaliste et on ne disait rien aux gens; on faisait juste passer à l'action. Je travaillais dans le temps où l'on administrait des placebos sans consentement. On n'a plus le droit de faire ce genre de choses maintenant, et c'est très bien ainsi. Je n'ai jamais été en faveur de ce genre de choses.

Persuader quelqu'un de prendre quelque chose sous de faux prétextes n'est plus considéré comme une pratique appropriée.

Toutefois, je crois que l'élément critique est la capacité. Je n'ai aucune objection à ce qu'une personne soit à risque si elle a la capacité de comprendre en quoi consiste le risque. Si la personne sait que ses actes constituent un comportement à risque élevé ou qu'elle se met en péril pour le faire, mais qu'elle comprend parfaitement les conséquences de ce comportement et peut les mesurer, alors certainement, elle a le droit de prendre ce risque.

Si la personne ne comprend plus le risque auquel elle s'expose ou ne sait plus en mesurer l'ampleur et que la personne, ce qu'elle était avant, par le passé, n'aurait jamais consenti à prendre ce risque, ou qu'elle n'aurait jamais adopté un certain type de comportement ou exercé un certain type d'activité si elle avait été forte de toutes ses facultés cognitives, et que maintenant, à cause de l'altération de ses facultés cognitives, elle fait ces choses, alors ce n'est plus la même situation.

Je crois que, lorsqu'une personne n'est plus en mesure de comprendre le risque et d'en mesurer l'ampleur et ne se serait jamais mise elle-même dans cette situation auparavant, il devient légitime d'intervenir et de tenter de protéger la personne comme elle l'aurait fait. Nous pouvons alors tenter de l'aider à demeurer la personne d'antan, même si elle n'est plus en mesure de le faire par elle-même.

Si une personne, avant de tomber malade, aurait volontairement pris des médicaments pour maintenir le niveau de sa tension artérielle, pour s'assurer de son bon fonctionnement cardiaque ou même pour même pour contribuer à son bien-être mental, alors il faudrait s'assurer qu'elle peut toujours le faire, même si elle ne comprend plus qu'elle en a besoin. À mon avis, il faut trouver des moyens pour réaliser cela, peut-être en procédant de façon différente.

Si une personne prend des médicaments, nous pouvons trouver une façon de l'aider à les prendre. Si les médicaments servent à atténuer, peut-être, la démence, nous pouvons dire à la personne qu'il s'agit d'une pilule pour la tension artérielle, chose qu'elle serait davantage disposée à prendre, même s'il s'agit d'un mensonge, parce qu'elle n'est plus en possession de ses moyens. Je ne proposerais jamais une telle mesure à l'endroit d'une personne en possession de toutes ses facultés cognitives.

Il en va de même pour les services qu'on offre à domicile, et c'est ce que je disais plus tôt, il faut trouver des moyens originaux de venir en aide. La personne ne croit pas avoir besoin d'aide? Alors l'aide n'est pas pour elle. Elle fait quelque chose pour quelqu'un d'autre; par exemple, elle assure la relève dans le foyer de quelqu'un qui n'a pas de soutien. Ce n'est pas parce qu'elle a

the approach is, "I have this friend who is lonely and they would love to be able to visit somebody." So it is for the other, as opposed to for themselves.

These are ways that you would never use for a cognitively well person, for a capable person, but for somebody who is not capable, I think we must. Therein lies the dilemma of our new system of autonomy. We have moved from paternalism to autonomy, and that is good, but it is also not so good for those who are no longer capable of expressing their own autonomy. It is a dilemma.

I do not know if that was the answer you were seeking.

The Chair: I think we are all struggling with that problem: When do I have a right to say I do not want services?

We know full well that there are older persons who have no cognitive impairment. They may have serious physical impairments so they are in a long-term care home. They do not want to be there, and there is no reason cognitively that they should be there. Do we say, fine, they can go into the community, even though we know their physical safety will be at risk?

It is a difficult issue and difficult on families who often want their family members placed in a long-term-care personal situation because they are concerned about either their mental or their physical safety. There we are on the horns, I suggest, of a dilemma.

Senator Mercer: You have raised a couple of interesting things with us today around the continued discussion of transportation. This issue continues to come up. I am also on a committee that recently completed a study on rural poverty where transportation is a major issue.

I will contradict myself a bit with respect to the study on rural poverty. It seems to me that one of the issues here in urban centres where there is public transport, one of our solutions to several problems — an environmental problem, a transportation problem for seniors and a usage problem for public transit — is that maybe we should think about linking part of the GIS benefits to a transit pass.

The reason I say this is, my son has gone back to school and part of the tuition at the university is a transit pass. He does not use it a lot, but he has that pass and can hop on the bus any time he wants. It seems to me that this pass would be a logical thing. We spend millions and millions of dollars helping cities and municipalities build good infrastructure for public transit.

If we were to provide a pass, do you think that seniors, GIS recipients, would use it? There is no sense in building it if they will not come.

besoin d'aide, l'approche est la suivante : « J'ai un ami qui se sent seul et serait ravi de pouvoir rendre visite à quelqu'un. » C'est pour l'autre qu'elle le fait, pas pour elle-même.

On ne recourrait jamais à ces mesures dans le cas d'une personne ayant toutes ses facultés cognitives, une personne en possession de ses moyens, mais pour une personne qui ne l'est pas, je crois qu'il le faut. Là réside le dilemme de notre nouveau système d'autonomie. Nous sommes passés du paternalisme à l'autonomie, ce qui est bien, mais cela peut nuire à ceux qui ne sont plus en mesure d'assumer leur autonomie. C'est un dilemme.

Je ne sais pas si c'est la réponse que vous cherchiez.

La présidente : Je crois que nous nous efforçons tous de trouver une solution à ce problème : à quel moment ai-je le droit de refuser des services?

Nous savons très bien qu'il existe des aînés qui ne souffrent d'aucun trouble cognitif. Ils peuvent souffrir de troubles physiques graves, donc ils sont placés dans un foyer de soins de longue durée. Ils ne veulent pas être là, et, sur le plan cognitif, ils n'ont aucune raison de l'être. Pouvons-nous dire : « D'accord, ils peuvent retourner dans la collectivité, même si nous savons que leur sécurité physique sera en péril »?

C'est une question difficile, qui afflige les familles qui, souvent, veulent qu'un membre de la famille profite de soins personnels de longue durée, car ils s'inquiètent de sa sécurité mentale ou physique. C'est ici, selon moi, que nous sommes confrontés au dilemme.

Le sénateur Mercer : Vous avez soulevé quelques points intéressants aujourd'hui au sujet de la discussion en cours relative au transport. Cette question refait toujours surface. Je siège aussi à un comité qui a dernièrement effectué une étude sur la pauvreté en milieu rural, où le transport est un grand problème.

Je vais me contredire un peu en ce qui concerne l'étude sur la pauvreté en milieu rural. Il me semble que l'une des questions en jeu dans les centres urbains, où le transport en commun est accessible, la solution à plusieurs problèmes — un problème environnemental, un problème de transport pour les aînés et un problème d'usager pour le transport en commun — consiste à envisager de rattacher une certaine portion des prestations du SRG à un laissez-passer de transport en commun.

La raison pour laquelle je dis ça, c'est que mon fils est retourné à l'école, et une partie des droits de scolarité de l'université est affectée à un laissez-passer de transport en commun. Il ne s'en sert pas beaucoup, mais il peut monter dans un autobus n'importe quand. Il me semble que ce laissez-passer serait une idée pleine de bon sens. Nous dépensons des millions de dollars à aider les villes et les municipalités à bâtir de bonnes infrastructures pour le transport en commun.

Si nous fournissions un laissez-passer, croyez-vous que les aînés, les bénéficiaires du SRG, l'utiliseraient? Il n'y a aucune raison d'aménager l'infrastructure s'ils ne s'en serviraient pas.

Ms. O'Connor: Yes, focus groups have been held in Hamilton on transportation and our Access Program, the program that links the community services with ethnocultural communities.

We have been told that if people had a bus ticket, they would go to the YMCA, so the “Y” supplies bus tickets. Logically, it would clear up the barrier of spending a couple of dollars to go somewhere on the bus. As cities build more public transit, of course, it will be even easier.

That solution is great for people who are still mobile. Part of the recommendation we made on the tax credit is to address the people who cannot take public transit any longer.

Senator Mercer: That is exactly where I was going. You have solved my problem with my other report, that maybe we can provide a generous tax credit for people who are GIS recipients and do not have access to public transit.

Ms. O'Connor: I think 75 is an age that is arbitrary for people without a recognized disability. I am not sure we want to test people as to whether they are mobile or not. I thought age 75 was the higher probability; that a tax credit would be of value because perhaps they would be able to hop on the bus easily.

Senator Mercer: Ms. VanderBent, you are concerned about bringing the level of services to Ontarians down to levels of services of some of the other provinces. Senator Carstairs is absolutely right; Ontario offers the Cadillac service in the country.

I am a practical example of that level of service. I had a health issue last year. It happened to me in Ontario, so I had to access Ontario health care, and I received terrific service with respect to medical care, by showing my Nova Scotia health card. Because of the reciprocal agreement between the provinces, I had the same access to the health care services as any Ontario resident would have, and it was wonderful. However, I required home care for about a month and a half afterward. Since there is no reciprocal agreement between Nova Scotia and Ontario, guess who paid? I was required to pay. I have an insurance program because of my employment that covered a good deal of that cost, but it was a hindrance.

I kept thinking to myself as I was going through that experience — and I could do a lot of the work myself and I have a supportive spouse — what about someone who does not have that ability; someone who is older than me in a situation where they cannot access that level of service.

How do we prevent those people from falling through the cracks that are sitting at home and have the need for infusions every day? They need to have a nurse there at a certain stage to

Mme O'Connor : Oui, on a tenu des groupes de discussion à Hamilton sur le transport et notre programme d'accès, le programme qui établit des liens entre les services communautaires et les communautés ethnoculturelles.

On nous a dit que, si les gens avaient un billet d'autobus, ils se rendraient au YMCA : l'organisme fournit donc des billets d'autobus. Logiquement, cela élimine l'obstacle consistant à dépenser deux ou trois dollars pour aller quelque part en autobus. Au fur et à mesure que les villes concevront de nouveaux transports en commun, bien sûr, la situation s'améliorera.

La solution est parfaite pour les gens qui peuvent encore se déplacer. Une partie de la recommandation que nous avons formulée au sujet du crédit d'impôt est d'examiner la situation des gens qui ne peuvent plus prendre le transport en commun.

Le sénateur Mercer : C'est exactement là où je voulais en venir. Vous avez résolu le problème lié à mon autre rapport, selon lequel on pourrait fournir un crédit d'impôt généreux aux personnes qui touchent le SRG et n'ont pas accès au transport en commun.

Mme O'Connor : Je crois que 75 ans est un âge arbitraire pour les personnes qui ne sont pas officiellement atteintes d'une invalidité. Je ne suis pas certaine qu'il soit souhaitable de tester les gens pour savoir s'ils peuvent se déplacer. Je croyais qu'il était plus probable qu'un crédit d'impôt soit précieux pour les gens âgés de 75 ans et plus, parce qu'ils peuvent facilement prendre l'autobus à cet âge.

Le sénateur Mercer : Madame VanderBent, vous craignez que les services offerts aux Ontariens soient nivelés par le bas en fonction des services offerts par les autres provinces. Le sénateur Carstairs a absolument raison : les services en Ontario sont les plus luxueux du pays.

J'ai vécu un exemple de ce niveau de service. J'ai eu un problème de santé l'année dernière. C'est arrivé en Ontario, donc il fallait que j'accède au système de santé ontarien, et j'ai reçu un service merveilleux en ce qui concerne les soins médicaux, en présentant ma carte d'assurance-maladie de la Nouvelle-Écosse. En vertu de l'entente de réciprocité entre les provinces, j'avais accès aux mêmes soins de santé que n'importe quel Ontarien, et c'était fantastique. Toutefois, j'ai eu besoin de soins à domicile pendant environ un mois et demi après. Puisqu'il n'y a aucune entente de réciprocité entre la Nouvelle-Écosse et l'Ontario, devinez qui a déboursé les frais? J'ai dû payer. J'étais inscrit à un programme d'assurances, vu mon emploi, qui couvrait une grande partie des coûts, mais c'était un obstacle.

Je n'arrêtais pas de me dire, pendant que je vivais cette expérience — et je pouvais en faire beaucoup moi-même et je profitais de l'appui de ma conjointe —, qu'advient-il d'une personne qui ne dispose pas de ces moyens? Une personne plus vieille que moi qui se trouve dans une situation où elle n'a pas accès à ce niveau de service?

Comment empêchons-nous ces personnes de passer entre les mailles du filet lorsqu'elles sont seules à la maison et ont besoin de traitement par perfusion chaque jour? Elles peuvent avoir besoin

dress wounds. Perhaps they need a physiotherapist come to their home to help increase their mobility.

One of the biggest travesties in health care in the country is when the provinces removed physiotherapy as something that was covered. They treat the patient right up to the front door of the hospital and that is it, because the patient is not cured unless they have physiotherapy; at least I do not think so.

How do we solve this problem?

Ms. VanderBent: As I said in my remarks, clearly we have a health care system that is transforming now from an episodic system to a system where we are looking after people for longer periods of time, with more chronic illnesses. We are providing more surgeries that I think are life-enhancing, like hip and knee surgeries, lots of orthopedic surgeries, and that sort of thing, where we need that wrap-around care and we need greater levels of care in the home.

Years ago, I was the Director of Social Work at St. Joseph's in Hamilton. We would have someone in after a big hip surgery for maybe 10, 12 or 15 days sometimes, depending on the patient's age and stage. Now, the person is out quickly, perhaps in two, three or four days. If they are really elderly, maybe five.

It has changed dramatically, and the expectations of the community to absorb that kind of care are huge. We need nursing care, we need physiotherapy, we need community supports and we need personal support.

The person needs that kind of care, and if they do not have a family member, they can deteriorate rapidly.

We absolutely need to make sure we do not see any deterioration of a basic standard of care, because the health care system is driving so fast to new technologies that will allow us to do amazing things in a hospital, but we cannot forget that the majority of the time spent recovering is generally in the home and in the community. We need all the supports to support a person, particularly when they are ill and they could have other multiple health problems to cope with.

So, I agree. You were fortunate that you had insurance to support you through our home care program here in Ontario. Many people do not. If the home care runs out, then they do not have the home care. That is when we see the person on the fringe and the family says, mom cannot manage anymore; we are worried about her; I am frightened she will fall.

I receive calls like that every day at work from people, saying, what can we do? Our publicly-funded system is a major foundation of care.

des services d'une infirmière à un certain moment pour panser des blessures. Peut-être qu'elles ont besoin qu'un physiothérapeute leur rende visite pour les aider à améliorer leur capacité à se déplacer.

Une des plus grandes aberrations sur le plan des soins de santé nationaux est survenue lorsque les provinces ont retiré la physiothérapie de la liste des soins assurés. On traite le patient jusqu'à ce qu'il ait franchi le seuil de l'hôpital, et c'est fini, parce que le patient n'est pas guéri s'il n'a pas suivi de physiothérapie; du moins c'est ce que je pense.

Comment résoudre ce problème?

Mme VanderBent : Comme je l'ai dit dans mon exposé, de toute évidence, on passe d'un système de soins ponctuels à un système qui prend les personnes à sa charge pendant de plus longues périodes, et traite davantage de maladies chroniques. On effectue plus d'interventions chirurgicales qui, selon moi, améliorent la qualité de vie, comme des opérations de la hanche et du genou, beaucoup d'interventions orthopédiques et ce genre de choses, qui entraînent la nécessité de soins sur tous les plans et créent le besoin d'un degré supérieur de soins à domicile.

Il y a des années, j'étais directrice du travail social à l'hôpital St. Joseph's à Hamilton. Après une grosse opération à la hanche, une personne restait à l'hôpital pendant peut-être 10, 12 ou 15 jours parfois, selon son âge et son état. Maintenant, la personne sort rapidement, peut-être en deux, trois ou quatre jours. Si elle est vraiment âgée, peut-être qu'on la garde cinq jours.

La situation a énormément changé, et les attentes qui pèsent sur la collectivité pour assurer ce genre de soins sont énormes. Nous avons besoin de soins infirmiers, de physiothérapie, du soutien assuré par la collectivité et d'aide personnelle.

Une personne qui a besoin de ce genre de soins, si elle n'obtient pas l'aide d'un membre de la famille, peut voir son état se détériorer rapidement.

Nous devons absolument nous assurer de ne pas voir la détérioration d'une norme de base relative aux soins, parce que le système de soins de santé fonce vers les nouvelles technologies qui permettront de faire des choses incroyables dans un hôpital, mais il ne faut pas oublier que le patient passe la majeure partie de sa convalescence chez lui et dans la collectivité. Il faut que toutes les mesures pour soutenir une personne soient en place, surtout lorsque la personne est malade et risque de devoir composer avec de multiples problèmes de santé.

Donc, je suis d'accord. Vous avez été chanceux que votre assurance couvre en partie les coûts de votre programme de soins à domicile ici en Ontario. Beaucoup de personnes n'ont pas cette chance. S'ils n'ont plus accès aux soins à domicile, alors c'est fini. C'est à ce moment-là qu'on voit la personne atteindre sa limite, et la famille dit : « Maman ne peut plus se débrouiller, nous nous inquiétons pour elle, j'ai peur qu'elle tombe. »

Je reçois au travail des appels téléphoniques semblables chaque jour de la part de personnes qui me demandent ce qu'elles peuvent faire. Notre système financé par les deniers publics est le principal fondement des soins de santé.

Senator Mercer: I am a recent expert on knee surgery. Major knee surgery takes about four to five days from the day of the operation to the time they are out of the hospital, unless, of course, they screw it up like I did.

It seems to me that there is too much focus on the curing as opposed to the caring aspect.

I want to go to the issue of diversity that was mentioned.

I was interested in what you talked about, the Hamilton Council on Aging. I wanted to relate this fact to you. I think it would pertain particularly to a metropolitan city like Hamilton.

The percentage of immigrant seniors that speak neither official language has risen over time from 4 per cent who arrived before 1961 to 50 per cent who arrived between 1991 and 2001.

For those of us who do not understand the problem, 50 per cent of our seniors speak languages other than English or French, and we continue to produce materials in English and French. We must do that, but we, in government, need to find a way to help agencies translate materials into Punjabi, Mandarin, Italian, Hungarian or whatever language might be needed in the community.

Has there been any help for you, Ms. Rosenthal, to translate those materials?

Ms. Rosenthal: In a word, no.

Senator Mercer: I knew the answer.

Ms. Rosenthal: For the new immigrant groups that you refer to, part of our challenge is that these groups are not from Western Europe or even Eastern Europe. They are from areas of the world that have been relatively unknown to many of us, to many people in the service professions. There are not only language differences, but cultural differences.

Sensitizing all of us and people who are working in the community with these groups — cultural sensitivity — is an important issue. We are making efforts to disseminate what we learn through workshops and so on. We are planning to do that as we go along.

However, it is not only translating. We need advice on whether we are stepping over a boundary that will put people off. These issues that we need to deal with are challenging.

Senator Mercer: You are absolutely right that there are cultural and religious boundaries that we may step over inadvertently in our attempt to serve people. However, do you agree though it would be easier for people in those communities to respond if at

Le sénateur Mercer : Je suis dernièrement devenu un expert concernant les interventions chirurgicales au genou. Une intervention importante du genou prend environ cinq jours, à partir de l'intervention jusqu'au moment où le patient sort de l'hôpital; à moins, bien sûr, qu'il gâche tout comme je l'ai fait.

Il me semble qu'on met trop l'accent sur la guérison, au détriment des soins.

J'aimerais aborder la question de la diversité qui a été mentionnée.

J'étais intéressé par ce que vous avez dit au sujet du Conseil sur le vieillissement de Hamilton. Je voulais vous en faire part. Je crois qu'il est particulièrement pertinent pour une ville métropolitaine comme Hamilton.

Le pourcentage des immigrants du troisième âge qui ne parlent ni l'une ni l'autre des langues officielles est passé, au fil des années, de 4 p. 100, chez ceux qui sont arrivés avant 1961, à 50 p. 100, chez ceux qui sont arrivés entre 1991 et 2001.

Pour ceux qui ne comprennent pas le problème, 50 p. 100 de nos aînés parlent des langues autres que l'anglais ou le français, et nous continuons à rédiger notre matériel en anglais et en français. Nous devons le faire, mais nous, au gouvernement, devons trouver une façon d'aider les organismes à traduire le matériel en panjabi, en mandarin, en italien, en hongrois ou je ne sais en quelle langue qui pourrait être en demande dans la collectivité.

Avez-vous eu de l'aide, madame Rosenthal, pour traduire le matériel?

Mme Rosenthal : En un mot : non.

Le sénateur Mercer : Je connaissais déjà la réponse.

Mme Rosenthal : Pour les nouveaux groupes d'immigrants auxquels vous faites allusion, la difficulté tient en partie au fait que ces groupes ne sont pas originaires de l'Europe de l'Ouest, ni même de l'Europe de l'Est. Ils sont originaires d'endroits du monde assez méconnus par beaucoup d'entre nous, par beaucoup des gens qui exercent des professions du domaine de la prestation de services. Les différences ne se limitent pas à la langue; elles sont aussi d'ordre culturel.

La sensibilisation de tous, surtout des gens qui travaillent dans la collectivité auprès de ces groupes — la sensibilité culturelle — est une question importante. Nous déployons des efforts pour transmettre nos connaissances par le truchement d'ateliers, entre autres. Nous prévoyons faire cela à mesure que nous avançons.

Toutefois, ce n'est pas seulement une question de traduction. Nous avons besoin de conseils pour nous indiquer si nous franchissons une limite qui risque de rebuter les gens. Ces questions que nous devons aborder sont difficiles.

Le sénateur Mercer : Vous avez absolument raison : il existe des limites culturelles et religieuses que nous risquons de franchir par inadvertance lorsque nous tentons de servir les gens. Toutefois, n'êtes-vous pas d'accord pour dire qu'il serait plus

least the material we have was in the language of their choice or the language they understand, so we can deal with the cultural boundaries?

This country continues to change, because people insist on coming here to enjoy this country, and that is what makes the place so great.

Ms. Rosenthal: We need to translate things. I think for translation, we need someone who understands the language, so hopefully we can build in a consultation about whether something needs a minor change in some way to be successful in that particular case.

Yes, access to funds for translation is important.

Senator Mercer: Perhaps, we could have centralized translation provided on a regional or provincial basis so that, say you wanted something translated into Punjabi, somebody would translate it into Punjabi but at the same time, perhaps vet it for cultural nuances that we might not be aware of.

Ms. Rosenthal: One challenge in dealing with these new communities is that, because they are new, they often are not highly organized the way the more established communities are, for example, the Ukrainian community or the Italians in Ontario.

I think it is a terrific idea to have somewhere to go for help with these things.

Senator Mercer: We have heard a number of times on this committee that the number of new Canadians who come here and do not understand our public pension system and then, as they work through their working lives, do not take care of themselves financially as many other Canadians do, by contributing to retirement savings plans, et cetera, and private pension funds. We have gone from the health issue to the financial issue, which leads to health issues.

Ms. Walker, you talked about the volunteer aspect. You talked about the declining number of volunteers. I have worked in the volunteer sector all my life.

We talked about the tax credit for volunteers. Number one, I think a volunteer hour is worth a hell of a lot more than a dollar an hour.

As a person who has run a few charities in my day and tried to measure the volunteer input that we had, and it has been absolutely terrific, I do not know how, as the manager of that charity, I could put a value on the contribution and then gauge the number of hours that you may have donated, that Ms. Tooley may have donated, or that Mr. Frank donated.

How do you qualify and quantify? My real problem is that as soon as the government becomes involved, it will be screwed up. So we must keep it simple. How do we do that? How do we make it simple enough that it allows the charity to encourage more volunteers and allows the volunteer to receive that recognition that the volunteer rightly deserves?

facile pour les gens de ces communautés de répondre si notre matériel était dans la langue de leur choix ou dans une langue qu'ils comprennent, pour que nous puissions nous attaquer au problème des frontières culturelles?

Le pays continue à changer, parce qu'on insiste pour venir ici afin d'en profiter, et c'est pourquoi cet endroit est si merveilleux.

Mme Rosenthal : Il faut traduire. Je crois que, pour la traduction, nous devons faire appel à quelqu'un qui comprend la langue, et idéalement, nous pourrions entreprendre un processus de consultation pour déterminer si quelque chose doit être légèrement modifié pour être adapté à un cas particulier.

Oui, l'accès au financement pour la traduction est important.

Le sénateur Mercer : Peut-être qu'un organisme central pourrait assurer la traduction pour chaque région ou chaque province afin que, si vous voulez faire traduire quelque chose en panjabi, disons, quelqu'un puisse le faire, mais en même temps, peut-être l'examiner pour y déceler des nuances culturelles que nous pouvons ignorer.

Mme Rosenthal : L'un des défis à relever à l'égard de ces communautés, c'est que, puisqu'elles sont nouvelles, elles sont rarement aussi bien organisées que celles qui sont mieux établies, comme la communauté ukrainienne ou italienne en Ontario.

Je pense qu'il s'agit d'une idée merveilleuse que de pouvoir s'adresser à quelqu'un pour obtenir de l'aide avec ces questions.

Le sénateur Mercer : Nous avons souvent entendu parler, dans le cadre du comité, du nombre de nouveaux Canadiens qui arrivent et ne comprennent pas notre régime de pension gouvernementale et, pendant toutes leurs années de travail, ne s'occupent pas de leurs finances, à l'instar de beaucoup d'autres Canadiens, en cotisant à un régime d'épargne-retraite entre autres, et à un régime de retraite privé. Nous sommes passés de la question de la santé à la question des finances, qui mène aux problèmes de santé.

Madame Walker, vous avez parlé du bénévolat. Vous avez parlé de la diminution du nombre de bénévoles. J'ai œuvré dans le secteur bénévole toute ma vie.

Nous avons parlé des crédits d'impôt pour les bénévoles. Tout d'abord, je crois qu'une heure de bénévolat vaut pas mal plus qu'un dollar l'heure.

J'ai dirigé quelques organismes de charité dans mon temps, et j'ai tenté de mesurer la contribution des bénévoles, et celle-ci était absolument grandiose; j'ignore comment, à titre de gestionnaire de l'organisme, je pourrais mettre un chiffre sur la contribution, puis mesurer le nombre d'heures que chacun a données, que Mme Tooley aurait pu donner, ou que M. Frank a données.

Comment qualifier et quantifier cela? Mon vrai problème est le suivant : dès que le gouvernement commence à participer, tout est gâché. Il ne faut donc pas compliquer les choses. Comment y arriver? Comment faire en sorte que le processus soit assez simple pour permettre à l'organisme de charité d'encourager de nouveaux bénévoles et permettre aux bénévoles de recevoir la reconnaissance qui leur revient?

Ms. Walker: That is a good question. In the volunteer sector, they are looking at approximately \$16 as the rate for a volunteer hour of service. That may have increased because this number is from previous years.

I do not know how it can be prorated for a tax credit, but I am sure there are lots of people in the volunteer sector who could make recommendations. I would be pleased to talk to some of my colleagues and bring back a comment on that particular issue.

Senator Mercer: I appreciate that. You can forward it to us through the clerk. I am anxious to have that kind of feedback because the problem is huge.

Senator Chaput: My questions will be brief.

My first question is a supplementary question to the issue that Senator Mercer has discussed with you. It is in regard to the volunteers and how we can come up with something that will show that we appreciate volunteers, and to encourage them to do even more volunteer work or have new ones.

One possibility is an income tax receipt for hours done. This approach is complicated; it will not be easy to measure or to manage. Another possibility, and I want to know your ideas on this suggestion, is a reimbursement of expenses in that volunteers receive monies to pay for transportation and meals, or a per diem for their volunteer work, an amount of money per day that is not taxable. The approach is the opposite to a tax receipt.

What do you think, Ms. Walker?

Ms. Walker: That is an interesting idea. We already provide a certain reimbursement. For our Meals-on-Wheels drivers to deliver meals in this Welland community, we give them \$6.50 for their delivery of ten client meals. We provide reimbursement mileage for our volunteers who offer transportation to medical appointments and social activities that the seniors go to.

We have an annual volunteer appreciation dinner, but a taxable per diem rate might be an interesting concept.

Senator Chaput: Are there any comments on that idea from any of the other presenters?

Patricia Tooley, Program Manager, Community Support Services of Niagara: I also think the idea is a good one. One concern we have for transportation, for example, is that the reimbursement that we provide for our volunteer drivers is the amount that the client is charged for the transportation. We look at the issue seriously, balancing a fair reimbursement for our volunteers' mileage against the cost for the client, the ability for the client to pay. Every increase must be looked at.

Mme Walker : C'est une bonne question. Dans le secteur bénévole, on songe à établir le taux d'une heure de service bénévole à environ 16 \$. Cela peut avoir augmenté, car ce chiffre date de quelques années.

J'ignore comment on peut l'adapter à un crédit d'impôt, mais je suis certaine que beaucoup de gens du secteur bénévole seraient en mesure de formuler des recommandations. Je me ferais un plaisir de parler à certains de mes collègues et de vous transmettre un commentaire sur cette question.

Le sénateur Mercer : Merci. Vous pouvez nous transmettre cette information par l'entremise du greffier. J'ai hâte d'obtenir ce genre de rétroaction, parce que j'ai l'impression que le problème est de taille.

Le sénateur Chaput : Ma question sera brève.

Ma première question se rattache au sujet dont vous avez discuté avec le sénateur Mercer. C'est au sujet des bénévoles et de la manière dont nous pouvons leur manifester notre appréciation et les encourager à faire encore plus de bénévolat ou recruter de nouveaux bénévoles.

Une solution serait la remise d'un reçu pour fins d'impôt indiquant le nombre d'heures de bénévolat. Cette démarche est compliquée; elle ne sera pas facile ni à mesurer ni à gérer. Une autre possibilité, et j'aimerais avoir votre idée sur cette proposition, consiste à rembourser les dépenses : les bénévoles recevraient de l'argent pour payer leur transport et leurs repas, ou une indemnité journalière pour leur bénévolat, un montant d'argent par jour qui n'est pas imposable. Cette démarche est le contraire d'un reçu aux fins de l'impôt.

Qu'en pensez-vous, madame Walker?

Mme Walker : C'est une idée intéressante. Nous offrons déjà un remboursement dans une certaine mesure. À nos conducteurs de la popote roulante qui livrent des repas dans la ville de Welland, nous offrons 6,50 \$ pour la livraison de dix repas client. Nous remboursons les déplacements des bénévoles qui offrent un transport aux gens qui se rendent chez le médecin ou à des activités sociales réservées aux aînés.

Chaque année, nous tenons un dîner d'appréciation des bénévoles, mais une indemnité journalière imposable pourrait être un concept intéressant.

Le sénateur Chaput : Les autres témoins auraient-ils des commentaires sur cette idée?

Patricia Tooley, gestionnaire de programme, Services de soutien communautaire de Niagara : Je crois aussi que c'est une bonne idée. L'un des soucis liés au transport, par exemple, c'est que le remboursement que nous offrons à nos conducteurs bénévoles correspond au montant que doit déboursier le client pour profiter du service. Nous nous penchons sérieusement sur la question, et nous tentons d'atteindre un équilibre entre un remboursement équitable selon le kilométrage et le coût qui incombe au client, ainsi que sa capacité de payer. Il faut surveiller toute augmentation.

Senator Mercer, you made a comment on a bus pass and I think a pass is an excellent idea. One thing that we find here in the Welland office, which has bus service although part of our areas do not, is that many of our clients will use our service in the winter because it is difficult for them to go to a bus stop over ice or snow, but as soon as the good weather comes again, then they stop using our service. Our agency allows people to go on and off that way. That saves the client money, but it also frees up a volunteer driver to provide transportation for someone that cannot use the bus. It would make an excellent combination.

Senator Chapat: I have one last brief question regarding volunteers. I believe one of our witnesses said that at one of our meetings — but we have had so many comments regarding volunteers — that lower-income persons tend to volunteer less because they do not have the means to go to the place. They do not have the means to do the things they would like to because they do not have money to buy clothes and that type of thing.

Have you ever seen such a situation? I am not sure if that is true.

Ms. Walker: I can agree with that statement because it costs volunteers money to volunteer. They drive to clients' homes, visit with the client, then drive back home. They come into the office to deliver meals. They receive a small stipend for the travel, but there is still a lot of travel involved. Our board of directors comes in and they do not put any mileage in at all.

Senator Chapat: They end up disbursing money too when they are a volunteer, over and above the time that they contribute.

Ms. Walker: That is right. Volunteer agencies do not have the money to reimburse volunteers for all their expenditures.

The Chair: Thank you all for joining us today. It was informative, As I told the previous panel, I hope you will see some, if not all, your ideas reflected in our final report in September.

The committee adjourned.

Sénateur Mercer, vous avez fait un commentaire concernant un laissez-passer d'autobus, et je crois que le laissez-passer est une excellente idée. Une des choses que nous constatons dans le bureau de Welland, qui dispose d'un service d'autobus — ce qui n'est pas le cas de toutes les régions — c'est que beaucoup de nos clients recourent à notre service en hiver, car ils ont de la difficulté à se rendre à un arrêt d'autobus lorsqu'il y a de la glace ou de la neige, mais dès le retour du beau temps, ils cessent d'utiliser notre service. Notre organisme permet aux gens d'aller et de venir de cette façon. Cette souplesse permet au client d'épargner de l'argent, en plus de libérer un conducteur bénévole qui offre un transport aux personnes qui ne peuvent pas utiliser l'autobus. Ce serait une excellente combinaison.

Le sénateur Chapat : J'ai une dernière question au sujet des bénévoles. Je crois que l'un de nos témoins a dit, dans le cadre de l'une de nos réunions — mais nous avons eu tellement de commentaires au sujet des bénévoles — que les personnes à faible revenu avaient moins tendance à faire du bénévolat, parce qu'elles n'ont pas les moyens de se rendre à l'endroit. Elles n'ont pas les moyens de faire ce qu'elles aimeraient, car elles n'ont pas d'argent pour acheter des vêtements et ce genre de choses.

Avez-vous déjà observé une telle situation? Je ne sais pas si c'est vrai.

Mme Walker : J'approuve ce commentaire, car les bénévoles doivent dépenser de l'argent pour faire du bénévolat. Ils se rendent au domicile des clients, offrent un transport au client, puis reviennent chez eux. Ils se rendent au bureau pour distribuer des repas. Ils reçoivent une petite allocation pour le déplacement, mais le travail en suppose beaucoup. Notre conseil d'administration vient sur place, et ne déclare jamais ses déplacements.

Le sénateur Chapat : Ils finissent par déboursier des frais, dans le cadre de leur bénévolat, en plus du temps qu'ils consacrent.

Mme Walker : C'est vrai. Les organismes bénévoles n'ont pas d'argent pour rembourser toutes les dépenses des bénévoles.

La présidente : Merci à tous de vous être joints à nous aujourd'hui. C'était très éclairant. Comme j'ai dit aux témoins précédents, j'espère que vous verrez certaines de vos idées, voire toutes, reflétées dans notre rapport final de septembre.

La séance est levée.

WELLAND, Ontario, Friday, May 9, 2008

The Special Senate Committee on Aging met this day at 1:01p.m. to examine and report upon the implications of an aging society in Canada.

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

WELLAND, Ontario, le vendredi 9 mai 2008

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 13 h 1, pour examiner les incidences du vieillissement de la société canadienne.

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

[English]

The Chair: Honourable senators, members of the public, welcome back to the meeting of the Special Senate Committee on Aging. This committee is examining the implications of an aging society in Canada. We are here in Welland this afternoon to hear from interested parties on the impacts of an aging society and, more specifically, to hear their views on our second interim report tabled in the Senate on March 11. We look forward to this afternoon's testimony as it will no doubt help us in our deliberations for our final report.

I notice that some people in the audience have been with us all morning as well as this afternoon. I want to remind you that at four o'clock we will have some walk-ons, and if any of you would like to come to the microphone to tell your story, you are more than welcome to do so.

For our first panel, we have Ms. Thelma McGillivray, from the Older Women's Network, and Ms. Christine Mounstevan and Ms. Sylvia Hall, representing Canadian Pensioners Concerned Incorporated. On behalf of my colleagues, I welcome you all.

Thelma McGillivray, Past Chair, Older Women's Network: Good afternoon and thank you for the invitation to speak to your panel today on the concerns of older adults. We met Senator Mercer yesterday, so I am pleased to see him again.

I am wearing three hats here today, as the past chair of the Older Women's Network and a part of the Ontario Seniors' Secretariat Liaison Committee, as the president of the Provincial Council of Women of Ontario and as the convenor of seniors' issues for the National Council of Women of Canada.

As background, the National Council of Women of Canada, NCWC, was formed in 1893 under Lady Ishbel Aberdeen, the wife of the first Governor General in Canada. At the present, our honorary patron is the Governor General, Michaëlle Jean. The Provincial Council of Women of Ontario was formed in 1923, and our honorary patron is the Lieutenant Governor of Ontario, David Onley.

Lady Aberdeen, a member of the International Council of Women, began the National Council of Women of Canada to address the many urgent social concerns of the day: poverty, unclean water, child labour and the plight of incarcerated women and children, to name a few. Councils of women were founded across Canada, in provinces and in cities, and continue the social reform to this day.

The Provincial Council of Women, known as PCWO, was founded 85 years ago. NCWC and PCWO members in their local councils identify issues in their communities and, after lengthy study, write resolutions that, once ratified at our general

[Traduction]

La présidente : Honorables sénateurs et membres du grand public, je vous souhaite la bienvenue à cette séance du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement. Le comité examine les incidences du vieillissement de la société canadienne. Nous sommes aujourd'hui à Welland et nous entendrons des parties qui s'intéressent aux incidences du vieillissement de la société afin, plus particulièrement, de connaître leur point de vue sur notre deuxième rapport provisoire présenté au Sénat le 11 mars. Nous avons hâte d'entendre les témoignages de cet après-midi puisqu'ils nous aideront certainement dans nos discussions en vue de la rédaction de notre rapport final.

Je souligne que certaines personnes, dans l'assistance, sont avec nous depuis ce matin, J'aimerais vous rappeler que, à 16 heures, nous entendrons quelques témoins de dernière minute, et que si vous souhaitez vous présenter au micro pour raconter votre histoire, nous serons très heureux de vous entendre.

Pour le premier tour de table, nous entendrons Mme Thelma McGillivray, du Older Women's Network, de même que Mmes Christine Mounstevan et Sylvia Hall, de la Corporation canadienne des retraités intéressés. Je vous souhaite la bienvenue à toutes, en mon nom et au nom de mes collègues.

Thelma McGillivray, ancienne présidente, Older Women's Network : Bonjour, et merci de nous avoir invitées à venir vous parler aujourd'hui des préoccupations des femmes âgées. Nous avons rencontré le sénateur Mercer hier, et c'est un plaisir de le revoir aujourd'hui.

Je me présente devant vous à trois titres : celui d'ancienne présidente du Older Women's Network of Ontario et membre du Secrétariat du Comité de liaison avec les personnes âgées de l'Ontario; celui de présidente du Conseil provincial des femmes de l'Ontario et celui de responsable des enjeux des personnes âgées pour le Conseil national des femmes du Canada.

Voici quelques renseignements généraux. Le Conseil national des femmes du Canada a été formé en 1893 sous l'égide de Lady Ishbel Aberdeen, l'épouse du premier gouverneur général du Canada. Notre patronne d'honneur aujourd'hui est la Gouverneure générale actuelle, l'honorable Michaëlle Jean. Le Conseil provincial des femmes de l'Ontario a été formé en 1923 et notre patron honoraire est le lieutenant-gouverneur, l'honorable David Onley.

Lady Aberdeen, qui était membre du Conseil international des femmes, souhaitait que le Conseil national des femmes du Canada s'occupe des nombreuses préoccupations sociales pressantes du temps : la pauvreté, l'insalubrité de l'eau, le travail des enfants, et la situation lamentable des femmes incarcérées et de leurs enfants, pour n'en nommer que quelques-unes. Les Conseils des femmes ont été fondés d'un bout à l'autre du Canada, dans les provinces et dans les villes, pour poursuivre cette réforme sociale jusqu'à nos jours.

Le Conseil provincial des femmes de l'Ontario, le CPFO, a été fondé il y a 85 ans. Les membres du CNFC et du CPFO établissent les enjeux de leurs collectivités dans les conseils locaux et, après les avoir étudiés soigneusement, rédigent des résolutions

meetings, become policy. An annual brief is presented to both levels of government containing our resolutions. We feel privileged to meet with the elected members of Parliament to dialogue with them about these issues. Many of our resolutions have been endorsed into legislation, for which we are very proud.

The Older Women's Network, OWN, was founded in 1988 and will celebrate its twentieth anniversary this year. Funded by the Women's Program of the Secretary of State in Ottawa, OWN presented a series of public forums. We were overwhelmed with the attendance of almost 500 women, attracted to the Women in Limbo session, referring to those between the ages of 55 and 65.

Other forums were held, and in 1997 the Needs Assessment of Older Women was completed. Based on 800 questionnaires, four major categories of needs emerged: economic security; health and caregiving; housing and community; and transportation and mobility.

At the same time, OWN was working on the Study of Shelter Needs of Abused Older Women, funded by the Ontario Women's Directorate. The study examined the priority needs and service gaps for abused older women and reviewed the existing shelter services. It found that the needs of older abused women are unique, particularly with regard to safety, accessibility and health issues. These findings made a dramatic change in the way services were offered to older women.

A special committee on housing also met for nine to ten years, and in 1997 the dream came true. The Older Women's Housing Co-operative officially opened on The Esplanade in Toronto, the last co-operative building to be built in Ontario. Of course, those were the days when senior governments were still in the business of providing social housing, and OWN worked closely with the Ministry of Housing.

OWN had to cope with many attempts to cancel the project. The greatest threat came from the Harris government, which halted all social housing projects as part of its reform on social programs. As OWN's project had already begun, with the City of Toronto paying for the removal of all contaminated soil on the site, which was another victory, the women were traumatized by the threat of losing their hope for affordable housing. A protest demonstration was organized at the site. Women walked with their walkers, pushed their wheelchairs and marched with banners and shouts and speeches and received much media coverage.

Never underestimate the power of older women! The project was allowed to proceed, the last social housing built in Toronto. The OWN building is now a model of multi-ethnic, multi-racial, multi-aged, non-sexist community, with an award winning roof

qui deviennent des politiques après avoir été ratifiées à nos assemblées générales. Nous présentons un mémoire annuel contenant nos résolutions aux deux paliers de gouvernement. Nous nous sentons privilégiées de rencontrer les députés pour dialoguer avec eux de ces enjeux. Un grand nombre de nos résolutions ont été appuyées et intégrées à la loi. Nous en sommes très fières.

Le Older Women's Network a été fondé en 1988 et célébrera son 20^e anniversaire cette année. Par l'entremise du financement du Programme de promotion de la femme du Secrétariat d'État à Ottawa, OWN avait présenté une série de forums publics. Nous avons été renversées par la participation de presque 500 femmes, attirées à la séance que nous avons appelée « Femmes dans les limbes » [traduction], pour les femmes de 55 à 65 ans.

D'autres forums ont été organisés et, en 1997, nous avons élaboré « l'évaluation des besoins des femmes âgées ». Sur la base des réponses à 800 questionnaires, les quatre grandes catégories de besoins qui ont émergé étaient : la sécurité économique; la santé et les soins à dispenser; le logement et la communauté; et le transport et la mobilité.

En même temps, OWN travaillait à une « étude sur les besoins de refuge pour les femmes âgées victimes de violence » financée par la Direction générale de la condition féminine de l'Ontario. L'étude examinait les besoins prioritaires et les lacunes des services offerts aux femmes âgées victimes de violence, examinant aussi les services de refuge existants. Il en est ressorti que les besoins des femmes âgées victimes de violence sont particuliers, spécialement en matière de sécurité, d'accessibilité et de santé. Ces constatations ont changé radicalement la façon dont les services étaient offerts aux femmes âgées.

Un comité spécial sur le logement s'est également réuni pendant dix ans, et le rêve s'est réalisé en 1997 : la Older Womens' Housing Co-operative a ouvert officiellement sur The Esplanade, à Toronto. Il s'agit du dernier immeuble coopératif à avoir été construit en Ontario. Évidemment, c'était le temps où les gouvernements supérieurs offraient encore du logement social et OWN travaillait en collaboration étroite avec le ministère du Logement.

OWN a dû affronter beaucoup de tentatives d'annuler le projet. La plus grande menace est venue du gouvernement Harris, qui a stoppé tous les projets de logements sociaux dans sa réforme des programmes sociaux. Le projet de OWN étant déjà entrepris, et la ville de Toronto payait l'enlèvement de tous les sols contaminés sur le site, une autre victoire, et les femmes ont été traumatisées par la menace de perdre leur espoir de logement abordable. Une manifestation de protestation a été organisée sur le site. Les femmes sont venues avec leurs marchettes, elles ont poussé leurs fauteuils roulants et marché avec des bannières, des slogans et des discours et elles ont reçu beaucoup d'attention des médias.

Ne sous-estimez jamais le pouvoir des femmes âgées! On a laissé le projet se poursuivre, le dernier logement social construit à Toronto. L'immeuble de OWN est maintenant un modèle de communauté multi-ethnique, multi- raciale, multi-âge, non sexiste

garden, supportive housing services through Dixon Hall, and a lively social and supportive community life — a dream enlarged indeed in the doing.

In the fall of 1999, OWN undertook the Housing Factor project, funded by Status of Women Canada, which investigated the current availability of and need for affordable and accessible housing for mid-life and older women. The areas covered were Hamilton-Wentworth, Toronto, Ottawa-Carleton, West Parry Sound District and the Municipality of Tweed. More than 1,200 women filled out questionnaires. An overwhelming majority of these women wanted the option to grow older in their own homes and communities. Financial concerns dominated all other factors regarding housing availability. Other major concerns were transportation and mobility. The respondents cited all three levels of government as the most serious obstacles to the provision of housing for mid-life and older women. The report, published in 2000, has been widely distributed to government ministries, community groups and housing advocates.

The Study of the Economic (In)Security of Mid-Life Women investigated the needs of women in Toronto, Kitchener-Waterloo, Hamilton, Peterborough and Sudbury. Phase I, as it is called, concluded that the quality of life for older women was directly related to the economic security of women in mid-life, ages 45 to 64. Mid-life is the last opportunity to prepare for the economic requirements of old age. The ability of mid-life women to rebound from shock and trauma due to illness, loss of a job, loss of a husband, or violence is as important as financial planning for a secure future.

Phase II, Community Capacity Building, focused on the creation of action plans to enhance stability in women's lives. It reviewed the recommendations and demystified the strategies required to advocate for change through community development in the four cities. The Kitchener-Waterloo group got women involved in elections. Peterborough expanded their core group with workshops and some housing. In Sudbury, the priorities are health care, income security, housing, transportation and elder abuse, the very same issues that have been at the core of OWN's mission. Health Canada funded this project, which resulted in a DVD that was presented to Minister Jean Augustine of Status of Women Canada.

A further study, Impacts of the Aging Process of Mid-Life Women, to determine emerging health issues of vulnerable mid-life women in Toronto, Peterborough and Sudbury was the last project OWN completed in 2003.

As well as providing valuable information, all these studies and projects helped raise the image of OWN throughout Canada. Requests for OWN's reports have come from all over the world. These projects fulfill a number of OWN mandates. They connect

avec une toiture-jardin primée, des services de soutien du logement par l'entremise de Dixon Hall et une vie communautaire et sociale dynamique où on trouve de l'appui. Un rêve élargi qui a pris vie.

À l'automne 1999, OWN a entrepris le projet Housing Factor financé par Condition féminine Canada, qui a examiné la disponibilité courante du logement abordable et accessible, et le besoin d'un tel logement, pour les femmes d'âge moyen et les femmes âgées. Les secteurs couverts étaient Hamilton-Wentworth, Toronto, Ottawa-Carleton, le district de West Parry Sound et la municipalité de Tweed. Plus de 1 200 femmes ont répondu au questionnaire. La majorité écrasante de ces femmes désiraient avoir l'option de vieillir chez elles et dans leur collectivité. Les préoccupations financières liées à la disponibilité du logement l'emportaient sur tous les autres facteurs. Les autres grandes préoccupations étaient le transport et la mobilité. Les répondantes ont indiqué que les trois paliers de gouvernement étaient les obstacles les plus sérieux à la prestation de logement aux femmes d'âge moyen et aux femmes âgées. Le rapport diffusé en 2000 a été distribué à grande échelle aux ministères, aux groupes communautaires et aux défenseurs des droits au logement.

L'étude sur la sécurité (l'insécurité) économique des femmes d'âge moyen a examiné les besoins des femmes à Toronto, Kitchener-Waterloo, Hamilton, Peterborough et Sudbury. La phase I a conclu que la qualité de vie des femmes âgées était liée directement à la sécurité économique des femmes d'âge moyen (45 à 64 ans). L'âge moyen est la dernière chance de se préparer pour les exigences économiques du vieillissement. La capacité des femmes d'âge moyen de se relever des chocs et des traumatismes (maladie, perte d'emploi, perte du conjoint, violence, et cetera.) est aussi importante que la planification financière pour un avenir sûr.

La phase II, « développement des capacités communautaires », était concentrée sur la création de plans d'action destinés à accroître la stabilité de la vie des femmes. Elle examinait les recommandations et démystifiait les stratégies requises pour changer les choses par l'entremise du développement communautaire dans les quatre villes visées. Le groupe de femmes de Kitchener-Waterloo a fait participer les femmes aux élections. Celui de Peterborough s'est élargi en organisant des ateliers. À Sudbury, les priorités sont les soins de santé, la sécurité du revenu, le logement, le transport et la violence envers les personnes âgées. Ce sont aussi les enjeux centraux de la mission de OWN. Santé Canada a financé ce projet, qui a donné lieu à la création d'un DVD qui a été présenté à l'honorable Jean Augustine, secrétaire d'État (Situation de la femme).

OWN a complété son dernier projet en 2003, une étude sur les incidences du processus de vieillissement des femmes d'âge moyen pour déterminer les problèmes de santé nouveaux des femmes d'âge moyen vulnérables à Toronto, Peterborough et Sudbury.

Tout en fournissant de l'information précieuse, tous ces projets et ces études ont donné une bonne image à OWN dans tout le Canada. Les rapports de OWN ont été demandés par des intéressés du monde entier. Ces projets réalisent un certain

OWN to the wider communities of mid-life and older women, which raised our profile, increased our membership and helps to establish and solidify OWN's chapters in Hamilton, Toronto, Peterborough and a contact in Ottawa.

OWN receives no funding except for its membership and donations. OWN launched a women's reference library open to members and guests funded by a generous bequest of a founding OWN member. Of great concern, however, and I am sure it is not the first time you have heard this, after 20 years, women are growing older and less capable of carrying on the work of OWN without the energy and vigour of younger older women. This is the challenge for the future.

These studies and insights are guided by the principles of gender and diversity analysis. Gender analysis recognizes the systemic inequality between women and men in society. Diversity analysis recognizes that different populations, including immigrant women and refugee women, have particular social, cultural and economic experiences that may require particular policy responses from our governments.

Both gender and diversity analyses require gathering qualitative and quantitative data, questioning basic assumptions and developing an understanding of how socio-economic factors affect populations of women and men differently. When applied to the policy process, both gender and diversity analyses begin from the recognition of these different social and economic realities and factor this recognition into the assessment of proposed and existing policies, programs and legislation.

Further, the view is that health is determined by the interaction of a range of factors, including individual characteristics; physical environments; and social, economic and cultural factors.

Here are our issues and concerns. The Provincial Council of Women of Ontario has had policy on the needs of senior citizens since 1977, beginning with senior citizens' housing, to seniors aged 60 to 65 on social assistance. OWN's studies on economic security, Phase I and Phase II, clearly address that women as a select group are at a particular risk of poverty. This inequity is true for any indicator of age, income, family status or ethnicity. By the numbers, women are poorer than men — not to deny that there are poor men — and this bodes badly for the future generations as they also age.

This is due to a number of often repeated factors: women's lower earnings throughout their lifetime, child-rearing responsibilities and lack of a national child care program, coupled with traditional patterns of paid and unpaid work reflecting lower incomes in retirement. Recent statistics show pension benefits for new retirees were on average \$335 for women compared to \$527 monthly for men. The statistics are even

nombre des mandats de OWN. Ils assurent le maillage de OWN avec les grandes communautés de femmes d'âge moyen et de femmes âgées qui ont renforcé notre profil, accru le nombre de nos membres et aidé à établir et à solidifier les sections de OWN à Hamilton, Toronto, Peterborough et un contact à Ottawa.

OWN ne reçoit pas de financement autre que les cotisations de ses membres et des dons. OWN a lancé une bibliothèque de référence féminine ouverte aux membres et financée par un legs personnel généreux d'une membre fondatrice de OWN. La grande inquiétude est toutefois qu'après 20 ans, les femmes vieillissent et deviennent moins capables de poursuivre le travail de OWN sans l'énergie et la vigueur d'autres femmes âgées, mais plus jeunes. Voilà le défi de l'avenir.

Ces études et ces points de vue sont guidés par les principes de l'analyse axée sur la sexospécificité et la diversité. L'analyse sexospécifique reconnaît l'inégalité systémique entre les femmes et les hommes dans la société; l'analyse axée sur la diversité reconnaît que des populations différentes — y compris les immigrantes et les réfugiées — ont des expériences sociales, culturelles et économiques particulières qui peuvent exiger des politiques particulières de nos gouvernements pour elles.

L'analyse sexospécifique et l'analyse axée sur la diversité supposent la collecte de données qualitatives et quantitatives, la remise en question des hypothèses de base et la compréhension de la façon dont les facteurs socioéconomiques affectent les femmes et les hommes différemment. Dans le processus d'établissement de politiques, l'analyse sexospécifique et l'analyse axée sur la diversité commencent par la reconnaissance de ces réalités sociales et économiques différentes et intègrent cette reconnaissance dans l'évaluation des politiques, des lois et des programmes qui existent et qui sont proposés.

On tient compte aussi du fait que la santé est déterminée par l'interaction d'une gamme de facteurs, y compris les caractéristiques individuelles, les milieux physiques et les facteurs sociaux, économiques et culturels.

Voici maintenant nos enjeux et nos préoccupations. Le Conseil provincial des femmes de l'Ontario possède une politique sur les besoins des personnes âgées depuis 1977, en commençant par les « besoins de logement des personnes âgées » jusqu'aux « personnes âgées de 60 à 65 ans qui vivent de l'aide sociale ». La phase I et la phase II des études de OWN sur la sécurité économique indiquent clairement que les femmes en tant que groupe sont particulièrement exposées à la pauvreté. Cette injustice est vraie pour tous les indicateurs d'âge, de revenu, de situation de famille ou d'origine ethnique. Statistiquement, les femmes sont plus pauvres que les hommes (on ne saurait nier qu'il y a des hommes pauvres), et cela augure mal pour les générations futures qui vieillissent elles aussi.

Cela découle d'un certain nombre de facteurs souvent mentionnés : les revenus moins élevés des femmes au cours de leur vie, les responsabilités de l'éducation des enfants et l'absence de programme national de garderies, qui s'ajoutent aux modèles traditionnels de travail rémunéré et non rémunéré qui expliquent les revenus moins élevés à la retraite. Les dernières statistiques indiquent que les prestations mensuelles de retraite des personnes

bleaker for Aboriginal populations, for only 4 per cent of Aboriginals live to the age of 65 or older, yet Aboriginals have the highest fertility rates in Canada.

We do ask that persons aged 60 to 65 in need of financial assistance automatically qualify for adequate financial support until they are gainfully employed or reach age 65. We want to see legislation enacted to ensure that these persons are supported. The only work available for many people aged 60 to 65 is minimum wage work in service or manufacturing places that require long hours of standing or lifting, work requirements that this age group are often unable to perform due to some physical impairments that accompany the aging process.

It has been found that a high number of seniors are not accessing the Guaranteed Income Supplement, GIS, that they have a right to, due to many factors including language and literacy challenges, a complex application process and a general lack of information and awareness of benefits. Seniors who receive Old Age Security generally are able to double their income if they qualify for the GIS. What can be done to address this inequity?

In 1935, Senator David Croll proposed that every Canadian adult deserved a guaranteed annual income. During my undergraduate studies in social work at McMaster University through the years 1975 to 1979, this was spoken about to address the growing poverty of many people. It was suggested again in 1985 in the royal commission headed by Donald Macdonald, a Liberal, and endorsed by the Green Party.

In February 2008, Conservative Senator Hugh Segal suggested it again as a program to replace social programs like Employment Insurance and welfare. Currently, welfare systems remove medical and dental benefits once paid work is found, work that nowadays may not offer any benefits.

Critics say the guaranteed annual income is a disincentive to some people and label them as lazy. This is discrimination. We must recognize that caregiving is work, and such a plan still does not admit it. Caregiving of children, disabled and older adults is actual work and adds value to our economy. This is work that is in the nation's interest and should be added to the gross national product index, not belittled.

nouvellement retraitées étaient en moyenne de 335 \$ pour les femmes par rapport à 527 \$ pour les hommes. Les statistiques sont encore plus sombres pour les populations autochtones, parce que seulement 4 p. 100 des Autochtones vivent jusqu'à l'âge de 65 ans ou plus (Statistique Canada), malgré le fait que les Autochtones présentent les taux de fécondité les plus élevés au Canada.

Nous demandons instamment que les personnes de 60 à 65 ans qui ont besoin d'aide financière soient admissibles automatiquement à un soutien financier adéquat jusqu'à ce qu'elles aient un emploi rémunéré ou qu'elles atteignent l'âge de 65 ans. Nous voulons qu'on adopte une loi pour assurer que ces personnes seront soutenues. Le seul travail disponible pour un grand nombre de personnes de 60 à 65 ans est du travail au salaire minimum dans les services ou les installations de fabrication, lequel suppose qu'elles doivent demeurer debout pendant de longues heures ou soulever des charges. Ce sont des exigences de travail que les personnes de ce groupe d'âge sont souvent incapables de respecter en raison des déficiences physiques qui font partie du processus de vieillissement.

Il a été prouvé qu'un grand nombre d'aînés ne reçoivent pas le Supplément de revenu garanti, le SRG, même s'ils y ont droit, et ce, pour de nombreuses raisons, dont des problèmes de langue et d'analphabétisme, la complexité du processus de demande, et un manque général de connaissance et de renseignements sur ces prestations. Les aînés qui reçoivent des prestations de la Sécurité de la vieillesse peuvent généralement doubler leur revenu s'ils sont admissibles au SRG. Comment pourrait-on éliminer cette injustice?

En 1935, le sénateur David Croll a laissé entendre que tous les Canadiens adultes avaient droit à un revenu annuel garanti. Au cours de mes études de premier cycle en travail social à l'Université McMaster de 1975 à 1979, on en parlait pour régler le problème croissant de la pauvreté. La même idée a été proposée à nouveau en 1985 par la Commission royale d'enquête dirigée par Donald Macdonald, un libéral, et elle a été appuyée par le Parti vert.

En février 2008, le sénateur Hugh Segal, du Parti conservateur, l'a proposée à nouveau en tant que programme pour remplacer les programmes sociaux comme l'assurance-emploi et l'aide sociale. À l'heure actuelle, les systèmes d'aide sociale retirent les avantages médicaux et dentaires quand la personne a trouvé du travail rémunéré, travail qui, de nos jours, n'offre pas toujours d'avantages.

Les critiques disent que le revenu annuel garanti incite certaines personnes à ne pas trouver du travail rémunéré et qualifient ces personnes de paresseuses. C'est de la discrimination. Nous devons reconnaître que prendre soin des autres est du travail et un tel régime ne l'admet toujours pas. Prendre soin des enfants, des personnes handicapées et des personnes âgées est un vrai travail qui ajoute de la valeur à l'économie. C'est du travail dans les intérêts du pays dont on devrait tenir compte dans le produit national brut au lieu de le déprécier.

Older women who experienced divorce prior to the Family Law Act in Ontario in 1986 were not legally able to demand division of their marital assets on the dissolution of their marriage. As a matter of fact, if their name was not on the deed of their property as a joint owner, they could not share in the financial proceeds of the sale of the matrimonial home. A common decision by the court at that time was to order both child support and alimony to the wife, but these support payments were added to her income and she was required to pay income tax on that amount.

In the 1990s, child support payments were no longer required to be part of the woman's taxable income; however, alimony payments continue to be. Many women have reported that this is a huge burden in their later years. They find that with rising living costs, the loss of this income, which was a settlement for their contribution to a marriage long-ended, is a terrible hardship. This is an area where the federal government has the power to offer relief and comfort to these low-income women in their final years.

Regarding prevention and women's health, of major concern to women's organizations is the lack of preventative screening programs for older women. In their 2006 brief, the Provincial Council of Women of Ontario asked the government to put in place policy for women's gynecological health screening programs for breast, cervical and ovarian examinations. The rationale for this is that the existing breast mammography screening programs stop notifying women for an appointment at age 74, unless women request this screening by referral from their doctors. There appears to be an assumption that older women are not at risk for breast cancer. Statistics show otherwise.

Many older women as well wrongly believe that they do not require pelvic examinations or Pap smears beyond their child-bearing years. Thus, cervical cancer and ovarian cancer often are diagnosed when they are too far advanced for treatment. The average age for women with ovarian cancer is 58 years. More significantly, the survival rate of women with ovarian cancer has not changed in 30 years.

These devastating and painful terminal illnesses could be prevented by early detection with annual screening. Many older women do not have a family physician, and many older women need reminders to look after their health by having annual examinations.

I will close with a comment on the Women's Program of Status of Women Canada. We ask that the Special Senate Committee on Aging support the reinstatement of the Women's Program with the previous terms and conditions that helped the women of Canada by addressing women's economic, social, political and legal situations. Further, we ask that the program be adequately

Les femmes âgées qui ont divorcé avant la Loi sur le droit de la famille adoptée en Ontario en 1986 ne pouvaient pas demander légalement la division de leurs biens matrimoniaux à la dissolution de leur mariage. En fait, si leur nom ne figurait pas sur l'acte de propriété à titre de propriétaire conjointe, elles n'avaient pas droit au partage du produit financier de la vente du foyer matrimonial. Il était fréquent à l'époque que le tribunal ordonne à la fois le versement d'une pension alimentaire pour enfants et d'une pension alimentaire à l'épouse. Mais ces paiements de soutien étaient ajoutés à son revenu, et elle devait payer de l'impôt sur le montant.

Dans les années 1990, il n'était plus obligatoire que les versements de pensions alimentaires pour enfants fassent partie du revenu imposable d'une femme, mais les versements de pension alimentaire à l'épouse devaient encore en faire partie. Un grand nombre de femmes ont signalé que cela constitue un fardeau énorme lorsqu'elles vieillissent. Elles considèrent que, avec l'augmentation du coût de la vie, la perte de ce revenu, qui était une indemnisation pour leur contribution à un mariage terminé depuis longtemps, est une difficulté terrible. Le gouvernement fédéral a le pouvoir d'offrir du soutien et de la sécurité à ces femmes au revenu peu élevé à la fin de leur vie.

En ce qui concerne la prévention et la santé des femmes, les organismes de femmes sont extrêmement préoccupés par le manque de programmes de dépistage pour les femmes âgées. Dans son mémoire de 2006, le CPFO a demandé au gouvernement de mettre en place une politique de gynécologie incluant des programmes de dépistage et d'examen des seins, du col de l'utérus et des ovaires. Le mémoire alléguait que les programmes existants de mammographie de dépistage cessent d'aviser les femmes de se présenter à un rendez-vous quand elles dépassent l'âge de 74 ans, à moins que les femmes ne demandent ce test de dépistage conformément à une recommandation de leur médecin. On semble supposer que les femmes âgées ne sont pas à risque de contracter le cancer du sein. Les statistiques démontrent autre chose.

Un grand nombre de femmes âgées croient également à tort qu'elles n'ont pas besoin d'exams pelviens ou de tests de Papanicolaou quand elles ont passé l'âge de procréer. Ainsi le cancer du col de l'utérus et le cancer de l'ovaire sont souvent diagnostiqués quand ils sont trop avancés pour être traités. Les femmes qui ont un cancer de l'ovaire ont en moyenne 58 ans. Fait plus important encore, le taux de survie des femmes atteintes du cancer de l'ovaire n'a pas changé en 30 ans.

On pourrait prévenir ces maladies dévastatrices et terminales au moyen d'une détection hâtive et d'un dépistage annuel. Un grand nombre de femmes âgées n'ont pas de médecin de famille et elles sont nombreuses à avoir besoin de rappels pour s'occuper de leur santé en subissant des examens annuels.

Je vais conclure par une remarque concernant le Programme de promotion de la femme de Condition féminine Canada. Nous demandons que le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement soutienne le rétablissement du Programme de promotion de la femme selon les mêmes modalités que celles qui ont aidé les femmes du Canada en réglant la situation économique, sociale,

funded to promote policies and programs that take into account all gender and diversity implications to enable women to have a better quality of life.

It is essential that the women of Canada, particularly aging women, have their current and future inequalities addressed. This calls for the reestablishment of an arm's length advisory council on the status of women, headed by an advocate that reports directly to Parliament, an advocate that has autonomy equal to the Auditor General to report to the public and, further, that the council remain in place and work with the provinces and territories to advance women's equality regardless of a change in government.

In conclusion, with the aging of Canada's population come both opportunities and challenges. It will be increasingly important to have a clear understanding of the needs, circumstances and experiences of older persons and to have appropriate and effective policy frameworks in place.

Christine Mounstevan, President, Ontario Division, Canadian Pensioners Concerned Incorporated: Thank you for the opportunity to make a presentation today. Sylvia Hall and I will both make the presentation.

Canadian Pensioners Concerned began in 1969 with a special concern about whether retirement income would allow for a good quality of life for seniors. We have expanded our interests over the years to include all age groups and those who are especially vulnerable by virtue of illness, impairment, economic need or age. We are committed to social values that determine fairness and social justice in our multicultural society.

The members of Canadian Pensioners Concerned appreciate having the opportunity to contribute to the deliberations of the Special Senate Committee on Aging. We have followed the sequence of the list of possible options and provide comments on many of them, but we wish to make a few general comments first.

The introduction to the report provides a thoughtful and comprehensive overview of the realities for present and future seniors in Canada. While we agree with and would recommend the adoption of many of the proposed options, we are concerned about the implications inherent in some of them. We prefer to use the words "good practices" rather than "best practices" throughout the report, as "best" can rarely if ever be truly applicable to all situations and all conditions.

We also object to the frequent use of tax credits as a means of inducing and even supporting certain behaviours. We argue that tax credits or deductions help those with higher incomes and do nothing for the poor.

politique et légale des femmes. Nous demandons en outre que le programme soit financé convenablement pour promouvoir des politiques et des programmes qui tiennent compte de toutes les incidences liées à la sexospécificité et à la diversité pour offrir une meilleure qualité de vie aux femmes.

Il est essentiel que les femmes du Canada, en particulier les femmes âgées, ne se retrouvent plus en situation d'inégalité aujourd'hui et dans l'avenir. Cela exige le rétablissement d'un conseil consultatif sur la condition de la femme indépendant et dirigé par une championne qui relève directement du Parlement, une championne aussi autonome que la vérificatrice générale pouvant faire rapport au public. De plus, le conseil doit demeurer en place et travailler avec les provinces et les territoires pour faire progresser l'égalité des femmes même quand le gouvernement change.

En conclusion, le vieillissement de la population du Canada est accompagné de possibilités et de défis. Il sera de plus en plus important de comprendre clairement les besoins, la situation et les expériences des personnes âgées et d'avoir des cadres stratégiques convenables et efficaces en place.

Christine Mounstevan, présidente, section de l'Ontario, Corporation canadienne des retraités intéressés : Merci de nous donner l'occasion de faire un exposé, aujourd'hui. Je ferai l'exposé en collaboration avec Sylvia Hall.

Fondée en 1969, la Corporation canadienne des retraités intéressés s'est d'abord demandé si le revenu de retraite assurerait une bonne qualité de vie aux aînés. Au fil des années, nous avons élargi nos intérêts de manière à inclure tous les groupes d'âge et ceux qui sont particulièrement vulnérables en raison de la maladie, de l'invalidité, du besoin économique ou de l'âge. Nous défendons les valeurs sociales qui déterminent l'équité et la justice sociale dans notre société multiculturelle.

Les membres de la Corporation canadienne des retraités intéressés vous remercient de leur donner la possibilité de contribuer aux délibérations du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement. Nous avons suivi l'ordre de la liste des options possibles et nous présenterons des observations sur un grand nombre d'entre elles, mais nous souhaitons d'abord faire quelques remarques générales.

L'introduction du rapport fournit un aperçu sérieux et complet des réalités pour les aînés actuels et futurs du Canada. Nous sommes d'accord avec un grand nombre des options présentées et nous recommandons leur adoption, mais nous sommes préoccupés par les implications de certaines d'entre elles. Nous préférons employer le terme « bonnes pratiques » plutôt que « pratiques exemplaires » tout au long du rapport, car on peut rarement affirmer que même ce qui est exemplaire peut s'appliquer à toutes les situations.

Nous nous opposons également à l'usage fréquent des « crédits d'impôt » comme moyen de provoquer ou d'appuyer certains comportements. Nous soutenons que les crédits d'impôt ou les déductions fiscales aident ceux qui ont un revenu élevé, mais pas les démunis.

We like the committee's emphasis on healthy and active aging, on aging in the place of choice, on the respect for seniors' preferences, and on the recognition that ageism exists. We agree that social and intergenerational interaction is very important to the general well-being of seniors. Young people's respect for seniors grows when such opportunities are provided; the Dominion Institute's Veterans in the Schools project is one example.

Option 1 is to provide tax credits for volunteerism. We object on principle to tax credits because they benefit the wealthier members of the population. Implementing this could be burdensome for the volunteers, for small organizations and even for Revenue Canada.

Option 2 is to ensure multi-year funding for volunteer activities. We support this option and would like to see it applied to the full range of New Horizons programs. We would like to see the New Horizons programs go to three-year funding.

Option 4 is to initiate a skills matching program. We agree that the baby boomers are problematic volunteers, but we have high hopes for the commitment to the community shown by younger generations.

Option 5 is to promote and recognize volunteerism throughout the life cycle. We are concerned that encouragement of volunteerism could continue to be used to allow deterioration of public provision of these services. For example, we have seen the growth of food banks over the past 26 years and the provision of Out of the Cold services during these years, while publicly funded solutions to poverty have been curtailed.

We support options 7 and 8 and suggest that lifelong learning should be given the broadest possible interpretation to include skills development, the arts and crafts, literacy development and more.

Regarding option 9, New Horizons should be adapted for Aboriginal and other communities that are presently excluded or have low participation rates.

Option 10 is to reduce isolation through better urban planning. Urban planning for the well-being of residents rather than developers is a major issue and should be given high priority by provincial and municipal governments. The combination of indoor malls with recreation facilities and community activities and support services are just small examples of what could be achieved with imaginative planning.

With a New Horizons grant, we were able to do a project in Simcoe County called Holding on to Housing. We found that the need for adequate transportation was a tremendous burden

Nous nous réjouissons que le comité insiste sur un vieillissement sain et une vie active, sur le vieillissement à l'endroit de son choix, sur le respect des préférences des aînés et sur la reconnaissance de l'existence de l'âgisme. Nous convenons que l'interaction sociale et intergénérationnelle est très importante pour le bien-être général des aînés. Le respect des jeunes envers les aînés augmente quand ces possibilités sont fournies, notamment par des programmes comme le projet des aînés dans les écoles de l'Institut du Dominion.

L'option 1 vise l'instauration de crédits d'impôt pour le bénévolat. Nous nous opposons au principe des crédits d'impôt, parce qu'ils profitent aux nantis. Cette mesure pourrait être lourde à administrer pour les bénévoles, les petites organisations et même Revenu Canada.

L'option 2 vise à assurer le financement pluriannuel des activités bénévoles. Nous appuyons cette option et nous aimerions qu'elle s'applique à tous les volets du programme Nouveaux Horizons. Nous aimerions que le programme Nouveaux Horizons reçoive un financement pour trois ans.

L'option 4 concerne la création d'un programme de jumelage des compétences. Nous convenons que les membres de la génération du baby-boom constituent un groupe de bénévoles qui pose des problèmes, mais nous plaçons de grands espoirs dans l'engagement envers la collectivité démontré par les jeunes générations.

L'option 5 concerne la promotion et la reconnaissance du bénévolat tout au long de la vie. Nous craignons que la promotion du bénévolat n'accroisse la détérioration de la prestation de ces services par les pouvoirs publics. Pensons, par exemple, à l'expansion qu'ont connue les banques alimentaires depuis 26 ans et aux services d'hébergement offerts aux sans-abri durant l'hiver pendant ces années, alors que les programmes publics de lutte contre la pauvreté ont été réduits.

Nous appuyons les options 7 et 8 et suggérons que l'expression « apprentissage continu » soit interprétée de la façon la plus large possible de façon à comprendre, par exemple, l'acquisition de compétences, les arts et l'artisanat, et l'alphabetisation.

En ce qui concerne l'option 9, nous estimons que le programme Nouveaux Horizons devrait être adapté aux besoins des Autochtones et des autres communautés qui sont exclues actuellement ou dont les taux de participation sont bas.

L'option 10 vise à amoindrir l'isolement par un meilleur urbanisme. L'urbanisme favorisant le bien-être des résidents plutôt que des promoteurs est un grand enjeu, et les gouvernements provinciaux et les administrations municipales devraient lui accorder une grande priorité. Combiner les centres commerciaux intérieurs, les installations récréatives, les activités communautaires et les services supervisés n'est qu'un exemple de ce qui serait possible avec un urbanisme inventif.

Grâce à une subvention pour le programme Nouveaux Horizons, nous avons pu réaliser un projet dans le comté de Simcoe, projet que nous avons appelé Holding on to Housing.

within these communities, the smaller areas. It is as well at times in Toronto, where we hear that with Wheel-Trans, people have to wait five hours before they can return home.

Regarding option 11, we agree that educating Canadians about the benefits of physical activity is required, but it must be supported by the provision of accessible, affordable places for participation in physical activities. I think some people find it burdensome to have to join gym facilities at quite a high cost, and this is a way of eliminating many of the older adults.

Option 12 is to eliminate barriers that limit active living. We support this option but disagree with the provision of tax incentives, because, again, these benefit the wealthier participants.

We support option 13, which is to facilitate the sharing of knowledge and best practices. Physical activity instructors should be trained to understand the special requirements of older adults. Gym membership fees should not be tax deductible, as again this privileges those who have money.

Option 14 is to launch a national strategy to combat ageist stigma and discrimination. Ageism can show itself in the choice of words and in the linking of ideas and arguments. We are concerned to find this as a subtext to the report, which shows how insidious it can be. For instance, there is an emphasis on lack of capacity and on mental incompetence; there is the frequent use of the phrase “mental health,” which has negative connotations, rather than a neutral term such as “mental well-being.”

Option 15 is to promote the development of alternatives to chronological age as indicators of competency. Competency should be a test for all age groups when licensing or other public interests require it. Existing legal definitions of competency should not be ignored.

Referring to section 3.1, defined-benefit plans are being rapidly phased out in Canada, and employment patterns are changing. Therefore, we will see an increasing number of people with less secure employment and retirement benefits. There is particular concern right now for those unemployed between the ages of 50 and 65 years. There should not be a penalty for early uptake of CPP, the Canada Pension Plan.

We support options 17, 19, 20, 21 and 22.

With respect to option 23, to explore options for other forms of income stream, we feel that reverse mortgages should not be encouraged. A better approach that would reduce inequalities would be the guaranteed annual income plan suggested by Senator Hugh Segal.

On poverty, the fact that the post-retirement income for the lowest quintile of the population is higher than pre-retirements shows the paucity of their previous income. The combined OAS/

Nous avons constaté que les besoins en transport adéquat constituaient un énorme fardeau dans ces petites collectivités. C'est aussi le cas, à l'occasion, à Toronto où, d'après ce que nous avons entendu, des gens doivent attendre cinq heures avant de pouvoir retourner chez eux grâce au service Wheel-Trans.

En ce qui concerne l'option 11, nous convenons qu'il convient de sensibiliser les Canadiens aux avantages de l'activité physique, mais nous pensons que la sensibilisation doit être appuyée par des lieux accessibles et abordables pour que les gens puissent participer aux activités physiques. Je crois que bien des gens trouvent rébarbatif de devoir s'abonner à un gymnase à un coût élevé, et que c'est entre autres pour cette raison que bon nombre d'ainés ne font pas suffisamment d'activité physique.

L'option 12 vise l'élimination des obstacles à la vie active. Nous appuyons cette option, mais nous nous opposons aux incitatifs fiscaux, car ils profitent surtout aux participants nantis.

Nous appuyons l'option 13, qui vise à faciliter la mise en commun des connaissances et des pratiques exemplaires. Les moniteurs d'activité physique devraient être formés de manière à comprendre les besoins particuliers des aînés. Les frais d'inscription à des centres d'activité physique ne devraient pas être déductibles, car ces déductions privilégient les nantis.

L'option 14 vise la mise en œuvre d'une stratégie nationale de lutte contre la stigmatisation et la discrimination. L'âgeisme peut se manifester dans le choix des mots et dans les liens entre les idées et les arguments. Nous craignons de le percevoir en filigrane du rapport, ce qui montre à quel point l'âgeisme peut être insidieux. Ainsi, on insiste sur les capacités réduites et sur l'incapacité mentale; on emploie souvent le terme « santé mentale » qui a des connotations négatives, plutôt qu'une expression neutre comme « bien-être mental ».

L'option 15 vise à favoriser la création d'indicateurs de compétence en remplacement de l'âge chronologique. La compétence devrait être une condition pour tous les groupes d'âge aux fins de l'obtention des permis et lorsque d'autres intérêts publics l'exigent. Il ne faudrait pas négliger les définitions juridiques existantes de la compétence.

En ce qui concerne la section 3.1, les régimes à prestations définies disparaissent rapidement au Canada, et les tendances de l'emploi se modifient. La sécurité d'emploi et les prestations de retraite diminueront donc pour un nombre croissant de Canadiens. La situation est particulièrement inquiétante actuellement pour les chômeurs de 50 à 65 ans. Il ne faudrait pas pénaliser ceux qui touchent des prestations du RPC, du Régime de pensions du Canada, avant l'âge de la retraite.

Nous appuyons les options 17, 19, 20, 21 et 22.

Au sujet de l'option 23, qui consiste à examiner les autres apports de revenu possibles, nous pensons qu'il ne faudrait pas encourager les prêts hypothécaires inversés. Une meilleure approche, qui réduirait les inégalités, serait le régime de revenu annuel garanti proposé par le sénateur Hugh Segal.

Au sujet de la pauvreté, le fait que le revenu après la retraite pour le quintile le plus bas de la population est plus élevé que le revenu avant la retraite illustre la faiblesse du revenu avant la

GIS is less than the low-income cut-off rate, LICO. This means that all the conditions of the known determinants of health negatively affect their possibility of healthy aging.

Option 24 is to make OAS/GIS benefits non-taxable if they are the only source of income. We support this option but not the tax credit proposal, which only benefits wealthier seniors.

We strongly support options 25 and 26.

Regarding a replacement rate for CPP, option 27, the maximum should be changed to \$60,000 and should be fully indexed. The percentage should remain at 25 per cent. High income earners, in our opinion, do have other means of ensuring a comfortable retirement.

We support options 29, 30, 31 and 32. We should ensure that retroactive payments do not restrict other services that individuals are receiving on the basis of income. The federal, provincial and territorial process is the instrument to facilitate such an accord.

Regarding option 33, we support reconsidering the design of CPP in light of increasing variations in the labour force participation. The committee's study should include the impact of increasing short-term and self-employment on contributions to, and the benefits of, CPP.

Option 34 is to establish a national comprehensive publicly insured or publicly and privately insured prescription plan. We support a publicly insured prescription plan. We do not support a publicly and privately insured plan.

In addition to the concerns noted on page 28 of the report, we would draw the committee's attention to the fact that clinical trials of drugs rarely include women, aboriginals or older adults. This can result in serious harm to patients. This means that older adults can be given medications that are not suitable for them and that can result in serious harm.

With respect to public information campaigns, option 35, there needs to be greater emphasis on problems of accessing affordable and healthy foods for poorer communities, not only those in the North. We have seen in the city of Toronto in particular that depending on which neighbourhoods you go to, within the same chain you will get greatly varying prices for the same foods.

We support options 37 to 40.

We strongly support option 41, which is to support capacity building projects for training in geriatrics and gerontology. Specialized education and training should be applied to all health-related professionals, in our opinion.

retraite. Les prestations combinées de la SV et du SRG sont inférieures au seuil de faible revenu. Cela signifie que toutes les conditions des déterminants connus de la santé réduisent la possibilité de vieillir en santé.

L'option 24 vise à rendre non imposables les prestations de la SV et du SRG s'il s'agit des seules sources de revenu. Nous appuyons cette option, mais pas la proposition de crédit d'impôt qui ne profite qu'aux aînés nantis.

Nous appuyons fortement les options 25 et 26.

En ce qui concerne un taux de remplacement du revenu provenant du RPC, l'option 27, le montant maximum devrait être porté à 60 000 \$ et pleinement indexé. Le pourcentage devrait être maintenu à 25 p. 100. À notre avis, les salariés ayant un revenu élevé ont d'autres façons de s'assurer une retraite confortable.

Nous appuyons les options 29, 30, 31 et 32. Il faudrait s'assurer que les paiements rétroactifs ne limitent pas l'admissibilité aux autres services fondés sur le revenu que reçoivent les Canadiens. L'entente fédérale-provinciale-territoriale doit servir à faciliter cet objectif.

En ce qui concerne l'option 33, nous appuyons l'idée de revoir la conception du RPC à la lumière des différences croissantes dans la participation au marché du travail. L'étude du comité devrait inclure l'incidence de l'augmentation de l'emploi à court terme et du travail indépendant sur les cotisations au RPC et les prestations de ce régime.

L'option 34 vise l'établissement d'un régime national d'assurance-médicaments exhaustif financé par l'État ou par un partenariat public-privé. Nous appuyons un régime d'assurance-médicaments financé par l'État. Nous n'appuyons pas un partenariat public-privé.

En plus des préoccupations évoquées à la page 32 du rapport, nous attirons l'attention du comité sur le fait que les essais cliniques des médicaments incluent rarement des femmes, des Autochtones et des aînés, ce qui peut être très néfaste pour les patients. Cela signifie que des aînés peuvent recevoir des médicaments qui ne leur conviennent pas et qui peuvent leur causer beaucoup de préjudice.

En ce qui concerne l'option 35, sur les campagnes d'information, nous pensons qu'il faut insister davantage sur les problèmes d'accès à des aliments sains et à prix abordable dans les collectivités démunies, pas seulement dans les collectivités du Nord. Nous avons constaté, à Toronto, plus particulièrement, que le prix d'un même aliment pouvait grandement varier à l'intérieur d'une même chaîne selon le quartier où se trouve le magasin.

Nous appuyons les options 37 à 40.

Nous appuyons fermement l'option 41, qui consiste à appuyer des projets de renforcement des capacités visant la formation en gériatrie et en gérontologie. L'éducation et la formation spécialisées devraient s'appliquer à toutes les professions de la santé, selon nous.

Under section 4.6, as a seniors' organization, we endorse the statement that "problems such as depression are too often viewed as an inevitable part of aging." This is a prime example of ageism in action.

We strongly support options 50 to 57. Housing is a continuing problem, especially for low-income seniors. It is also a basic determinant of health for all ages.

Option 60 is to introduce a national home care program. In Ontario, we know that of the money assigned to home care, the ratios for acute and chronic care have reversed. In the past, a larger percentage of money was spent on chronic care, and now more dollars are spent on acute care. This does not support aging at home, which is preferred by most seniors. The Canada Health Act has ensured basic access for all Canadians in the areas covered by the act. Many jurisdictions have gone well beyond that. The potential reduction of services in any one jurisdiction can only result from setting the standards too low. On the other hand, any excess pressure in those jurisdictions that have fewer resources should be taken care of by the federal-provincial equalization program.

Regarding uneven qualifications, option 61, we encourage the federal government to work with provincial and territorial ministers to establish common training standards and accreditation for home care workers. We also support the idea of the federal, provincial and territorial governments working together to create a human resource strategy targeted at home care workers.

Regarding option 62, we do not support a chronic care savings plan, which, once more, would benefit only those who have money for contributions. Chronic care can be, and should be, a public service for all Canadians, and, when combined with aging in place, it can be affordable. We would reference the Veterans Independence Program, VIP, and the work being done by the Canadian Research Network for Care in the Community.

We support options 63 to 67, including the convening of an expert panel as thorough study is required. Whatever method of financial assistance is provided should benefit all caregivers of all levels of income.

We strongly support option 70, the creation of a needs-based seniors independence program.

Sylvia Hall will give our closing remarks.

Sylvia Hall, Secretary/Treasurer, Ontario Division, Canadian Pensioners Concerned Incorporated: We were asked to identify the most pressing issues for today's seniors. To sum them up briefly, in our view, they are the lack of affordable and supportive housing; the fact that there are many medications or medical services needed by today's seniors that are not covered by the provincial formularies or, in Ontario, OHIP. Home care is another prime issue. Poverty, disappointingly, is still an issue for

En ce qui concerne la section 4.6, nous sommes d'accord, à titre d'organisation des aînés, avec l'affirmation selon laquelle « des problèmes comme la dépression sont trop souvent perçus comme un élément inévitable du vieillissement ». Voici un exemple concret d'âgeisme en action!

Nous appuyons fortement les options 50 à 57. Le logement est un problème continu, surtout pour les aînés à faible revenu. Il est aussi un grand facteur déterminant de la santé à tout âge.

L'option 60 consiste en l'adoption d'un programme national de soins à domicile. En Ontario, nous savons que les pourcentages des fonds affectés aux soins de courte durée et aux soins à long terme se sont inversés. Par le passé, une grande partie des fonds était affectée aux soins à long terme. Actuellement, on en consacre davantage aux soins de courte durée. Cette tendance va à l'encontre du désir de la plupart des aînés de vieillir chez soi. La Loi canadienne sur la santé a assuré un accès de base à tous les Canadiens dans les domaines visés par cette loi. Un grand nombre de provinces et de territoires sont allés bien plus loin. La réduction potentielle des services dans une province ou un territoire ne peut que découler de normes fixées trop bas. Par contre, le programme de péréquation fédérale-provinciale devrait atténuer les pressions excessives sur les provinces ou les territoires moins nantis.

En ce qui concerne les compétences inégales — l'option 61 —, nous encourageons le gouvernement fédéral à collaborer avec les ministres provinciaux et territoriaux pour établir des normes de formation et d'accréditation communes pour le personnel de service à domicile. Nous appuyons également l'idée que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux collaborent afin de créer une stratégie en ressources humaines qui viserait les travailleurs offrant des services à domicile.

En ce qui concerne l'option 62, nous ne sommes pas en faveur d'un régime d'épargne pour soins à long terme qui, lui aussi, ne profiterait qu'à ceux qui sont assez riches pour y cotiser. Les soins à long terme peuvent et devraient être un service public offert à tous les Canadiens, et ces soins peuvent être très abordables si on permet aux gens de vieillir à l'endroit de leur choix. Nous vous renvoyons au Programme pour l'autonomie des anciens combattants et aux travaux du Réseau canadien de recherche pour les soins dans la communauté.

Nous appuyons les options 63 à 67, y compris la création d'un groupe spécial puisqu'une étude approfondie s'impose. Quelle que soit la méthode adoptée pour l'aide financière, celle-ci devrait être profitable pour tous les soignants, quel que soit le revenu.

Nous appuyons fortement l'option 70, qui vise la création d'un programme pour l'autonomie axé sur les besoins.

Sylvia Hall s'occupera du mot de la fin.

Sylvia Hall, secrétaire-trésorière, Section de l'Ontario, Corporation canadienne des retraités intéressés : On nous a demandé de cerner les enjeux les plus pressants pour les aînés. Pour résumer, rapidement, à notre avis, il s'agit de la pénurie de logements supervisés abordables, du fait que bon nombre des médicaments ou des services médicaux dont ont besoin les aînés d'aujourd'hui sont exclus de l'assurance-maladie ou, en Ontario, du RAMO. Les soins à domicile constituent un autre enjeu clé.

too many seniors in Ontario. Thus, the concerns we felt throughout our reading of the report and that we have expressed in our brief remarks are concerns for low-income seniors.

Canadian Pensioners Concerned is increasingly interested in the well-being of future seniors, and by that we do not mean the baby boomers, who seem to get all the attention, but the subsequent generations. Many of them do not, and possibly will not, have long-term jobs or jobs with pension benefits. They may experience frequent episodes of unemployment. Therefore, their ability to build retirement savings will be very limited.

The shocking levels of unemployment and underemployment amongst recent immigrants are also of concern. Unfortunately, your interim report does not really address this issue.

It is very important to us that the committee not assume that a high level of private retirement funds will be available to future generations. We also urge you to reconsider your frequent suggestions, or the suggestions that may have been made to you, on the use of tax credits. We are confident that you do not intend to discriminate against low-income taxpayers or those whose incomes are so low that they do not pay tax at all, for whom tax credits are meaningless.

We urge you to recognize that there is, as you so rightly say, "an opportunity to be seized" but to look beyond the baby boomer generation to the generations that precede it, today's seniors, and those that will follow it. Thank you for your attention.

Senator Mercer: Thank you all for being here, particularly Ms. Mounstevan and Ms. McGillivray, whom I saw yesterday. I will ask questions today, whereas yesterday you asked me questions.

I want to go back to the issue of funding for the various women's groups. I want to make sure that I am in the right sequence. Provincially, the Harris government stopped some of this funding, and federally the funding stopped with the election of the current government. Am I in the right sequence, or did I miss something?

Ms. McGillivray: Not quite, senator. The provincial funding I referred to was for housing. Among the reforms of the Harris government was that there would be no more building of social housing. In fact, shortly after was the amalgamation of many cities and the downloading of housing and social programs and so forth. We are seeing the results of that now.

The lack of funding I was referring to I tried to express through sharing with you the studies that the Older Women's Network did in the past. We are very grateful for getting that kind of funding then, but that funding is no longer available to us. We do not

La pauvreté est malheureusement encore un problème pour de trop nombreux aînés en Ontario. Nos principales préoccupations, à la suite de la lecture du rapport, sont celles que nous avons exprimées dans nos commentaires et elles concernent les aînés ayant un revenu peu élevé.

La Corporation canadienne des retraités intéressés accorde de plus en plus d'importance au bien-être des aînés de demain. Nous entendons par là non pas les membres de la génération du baby-boom, qui font déjà l'objet de beaucoup d'attention, mais plutôt ceux des générations suivantes. Beaucoup d'entre eux n'ont pas et n'auront peut-être jamais un emploi à long terme ou un emploi assurant des prestations de retraite. Ils vivront peut-être de fréquents épisodes de chômage. Par conséquent, leur capacité d'épargner en vue de la retraite sera très limitée.

Les taux alarmant de chômage et de sous-emploi chez les immigrants sont également préoccupants. Malheureusement, votre rapport ne traite pas vraiment de ce problème.

Nous estimons donc qu'il est très important que le comité ne suppose pas que les générations futures auront accès à un revenu de retraite privé élevé. Nous vous demandons de réexaminer vos fréquentes propositions de crédit d'impôt, ou les propositions qui vous ont été faites en ce sens. Nous sommes convaincus que vous n'avez pas l'intention de pénaliser les contribuables à faible revenu ou les contribuables dont les revenus sont si faibles qu'ils ne paient pas du tout d'impôt, pour qui les crédits d'impôt n'ont aucun sens.

Nous vous demandons de reconnaître qu'il y a, comme vous le dites si bien, une « occasion en or » de voir au-delà de la génération du baby-boom et d'inclure celle qui la précède, les aînés d'aujourd'hui, et celle qui la suit. Je vous remercie de votre attention.

Le sénateur Mercer : Je vous remercie tous d'être présents aujourd'hui, particulièrement mesdames Mounstevan et McGillivray, que j'ai rencontrées hier. Aujourd'hui, c'est moi qui poserai les questions, contrairement à hier.

J'aimerais revenir à la question du financement des divers groupes de femmes. J'aimerais m'assurer que je comprends bien l'ordre des choses. À l'échelle de la province, le gouvernement Harris a mis fin à une partie du financement, et à l'échelle fédérale, le financement a pris fin au moment de l'élection du gouvernement actuel. Est-ce que j'ai bien saisi l'ordre des choses, ou si je commets une erreur?

Mme McGillivray : Ce n'est pas tout à fait ça, sénateur. Le financement provincial que j'ai mentionné était destiné au logement. L'une des réformes du gouvernement Harris a fait en sorte qu'il n'y a plus de construction de logements sociaux. En fait, cette décision a été prise peu après les fusions municipales, la réduction des programmes sociaux et des programmes de logement, et ainsi de suite. Nous faisons maintenant face aux résultats.

Pour illustrer le manque de financement dont je vous ai parlé, je vous ai fourni les études réalisées par le passé par le Older Women's Network. Nous étions très reconnaissantes de ce type de financement à l'époque, mais nous n'y avons plus accès. Nous ne

receive any core funding. The Provincial Council of Women of Ontario gets no core funding, nor does the National Council of Women of Canada. We are all totally dependent upon raising our own funds.

However, I hope I made it clear that, as we are all growing into age, there are fewer volunteers and less work, so that even when we do get some project funding, such as the project I am working on now with New Horizons funding in the city of Hamilton, we have very few people to carry out the project. If you are spending all your time applying for grants — I see a few heads nodding — then you do not have the energy or the time to do what you are all about. Volunteers have other agendas and they move on to something that is a little more active.

Ms. Hall: I think that Ms. McGillivray was referring to the fact that there is no longer Status of Women funding from the federal government. That was the key.

Senator Mercer: I was trying to determine a timeline on that. You are right, you did talk about housing, and that was the big change. Housing is a provincial responsibility, but for many years the federal government played a key role in being a major funder and an initiator of housing. Now everybody is getting out of the business. We can download it to whomever we want, but if nobody is doing it, it does not really matter if nobody is accepting the responsibility.

I was trying to get the timeline on the other funding, besides the funding for housing.

Ms. McGillivray: Status of Women is a federal program. Two years ago, the federal government removed \$5 million from the Status of Women program and closed 12 of the 16 offices across Canada. That put women out of work who were helping other women access resources in order to deal with the needs they heard from women they were working with.

I am asking that you, the Senate, in your wisdom suggest to whomever you will report to, and I assume it is the government of the day, that they need to take a serious second look at that, so that those issues that I talked about for women right across the board, whether immigrants, refugees or diverse communities, are addressed. It has to be recognized that women can make no progress at getting out of poverty without those kinds of resources, and those resources are not there.

Senator Mercer: I think you will find it simply around this table. Unfortunately, it is around the cabinet table that we need the influence to make the changes.

recevons plus aucun financement de base. Le Conseil provincial des femmes de l'Ontario, tout comme le Conseil national des femmes du Canada, ne reçoit plus de financement de base. Nous avons donc la responsabilité de réunir l'intégralité de notre financement.

Toutefois, et j'espère que je l'ai dit clairement, il y a de moins en moins de bénévoles et de travail à mesure que nous vieillissons toutes, ce qui signifie que, même quand nous obtenons du financement pour des projets, comme, par exemple, le projet dont je m'occupe dans le cadre du projet Nouveaux Horizons dans la ville de Hamilton, nous sommes très peu nombreuses pour exécuter le projet. Si nous sommes obligées de passer notre temps à remplir des demandes de subventions — je vois des gens qui approuvent —, nous n'avons plus l'énergie ni le temps de faire ce que nous avons à faire. Les bénévoles sont des gens actifs, et ils décident de consacrer leur temps à des tâches un peu plus productives.

Mme Hall : Je pense que Mme McGillivray parle du fait que le gouvernement fédéral n'offre plus de financement par l'entremise de Condition féminine Canada. C'est un aspect déterminant.

Le sénateur Mercer : Je voulais déterminer la chronologie des événements. Vous avez raison, vous avez parlé du logement, et il s'agit du changement le plus important. Le logement relève de la province, mais le gouvernement fédéral a joué un rôle clé à ce sujet pendant de nombreuses années puisqu'il fournissait une grande partie des fonds et qu'il était souvent l'initiateur des projets de logement. Maintenant, tout le monde se retire de ce secteur. Peu importe à qui nous attribuons la diminution : si personne n'agit, il n'est pas vraiment utile de désigner un responsable.

Je voulais connaître la chronologie concernant les autres formes de financement, mis à part le financement des projets de logement.

Mme McGillivray : Condition féminine Canada est un programme fédéral. Il y a deux ans, le gouvernement fédéral a réduit de cinq millions de dollars le financement des programmes de Condition féminine Canada et a fermé 12 des 16 bureaux au pays. Cela signifie que des femmes qui aidaient d'autres femmes à accéder à des ressources pour aider des femmes avec lesquelles elles travaillaient à répondre à leurs besoins se retrouvent sans emploi.

Je vous demande à vous, sénateurs, dans votre grande sagesse, d'informer les autorités dont vous relevez, et je suppose qu'il s'agit du gouvernement actuel, qu'elles devront se pencher de nouveau sur les questions que j'ai abordées au sujet des droits des femmes, que ce soit des immigrantes, des réfugiés ou des membres de diverses communautés, et les examiner avec sérieux afin d'y répondre. Il faut que l'on reconnaisse que les femmes ne peuvent réussir à se sortir de la pauvreté sans ce type de ressources, ressources qui n'existent actuellement pas.

Le sénateur Mercer : Je crois que vous constaterez que tout le monde, ici, est d'accord. Malheureusement, si nous voulons des changements, le Cabinet doit exercer son influence.

Senator Cordy: I am curious too, because we have asked this question a number of times in the Senate, to the Leader of the Government in the Senate. I am trying not to be partisan, so I will just repeat what was said. She is also the Secretary of State for Seniors. The question has been asked about reduced funding for the Status of Women. I am from Nova Scotia, and the office in Halifax has been closed.

When we ask the question, she continues to say that there has been no reduction in the funding. What I have read is that there has been reduction of funding, and I know that the office in Halifax has been closed. You have told us that \$5 million has been removed.

Ms. McGillivray: More than \$5 million. I know it can be confusing if one does not look closely at the change in the parameters of the mandate. Are you speaking about Josée Verner, the minister?

Senator Cordy: No, Senator LeBreton.

Ms. McGillivray: I met Senator LeBreton, but I think she needs to have more conversation with the Minister of Canadian Heritage and Status of Women.

According to the report, the money was reinstated but under different criteria that now incorporate profit. They can give money now to banks. I am sorry, but banks do not need our tax money. Before, it was only to non-profit groups that had issues, to move ahead the equality of the women of Canada.

The Chair: Is that not the crux of the issue? They have changed the definition of what Status of Women should be. It used to include the word "equality," but it does no longer.

Ms. McGillivray: Yes, madam. Thank you.

The thing is, I watched the House one day, which is a very trying experience, and I listened to the women's caucus trying to put "equality" back into the mandate and heard from the government of the day that indeed it had been put back in.

There is a lot of confusion out in the land, and we know, because we are very close to the women's movement and the mandate, that it has not been put back in. You are absolutely right.

Senator Mercer: When you answered Senator Cordy you said that now they can give money to banks.

Ms. McGillivray: I used the term a little loosely.

Senator Mercer: If I do a follow-up next week, I want to make sure I tighten it up a little bit.

Ms. McGillivray: I do not have any idea, although I imagine it is public information, to whom Status of Women has given money. I would suggest that perhaps your committee should look at that.

Le sénateur Cordy : Je suis étonnée, moi aussi, parce que nous avons posé cette question un certain nombre de fois au Sénat, au leader du gouvernement au Sénat. Je veux éviter de faire de la partisanerie, alors je vais me contenter de répéter ce qui a été dit. Elle est aussi la secrétaire d'État aux Aînés. On l'a interrogée à propos de la réduction du financement de Condition féminine. Je suis de la Nouvelle-Écosse, et le bureau d'Halifax a été fermé.

Quand on l'a interrogée à ce sujet, elle a continué à affirmer que le financement n'avait pas été réduit. Pour ma part, j'ai lu qu'il y avait eu une réduction du financement, et je sais que le bureau d'Halifax a été fermé. Vous nous dites que le financement a été réduit de cinq millions de dollars.

Mme McGillivray : De plus de cinq millions de dollars. Je sais que les choses peuvent porter à confusion si l'on ne tient pas compte en détail des changements apportés aux paramètres du mandat. Parlez-vous de la ministre Josée Verner?

Le sénateur Cordy : Non, je parle du sénateur LeBreton.

Mme McGillivray : J'ai rencontré Mme LeBreton, mais je crois qu'elle devrait discuter davantage avec la ministre du Patrimoine canadien et de la Condition féminine.

Selon le rapport, l'argent a été rétabli, mais selon de nouveaux critères qui tiennent maintenant compte du profit. On peut maintenant donner de l'argent aux banques. Je m'excuse, mais les banques n'ont pas besoin de l'argent de nos impôts. Auparavant, l'argent allait seulement à des groupes sans but lucratif qui défendaient des enjeux, qui visaient l'égalité entre les hommes et les femmes au Canada.

La présidente : N'est-ce pas là le nœud du problème? La définition de ce que devrait être Condition féminine Canada a changé. Elle incluait auparavant le mot « égalité », mais ce n'est plus le cas.

Mme McGillivray : Oui, madame. Merci.

J'ai observé la Chambre des communes, un jour, ce qui est une expérience très éprouvante, et j'ai vu le caucus des femmes demander que le mot « égalité » fasse de nouveau partie du mandat, et j'ai entendu le gouvernement de l'époque dire que cela avait déjà été fait.

Il y a beaucoup de confusion sur le terrain mais nous savons que c'est faux puisque nous collaborons étroitement avec le mouvement des femmes et que nous en connaissons bien le mandat. Vous avez tout à fait raison.

Le sénateur Mercer : Dans votre réponse au sénateur Cordy, vous avez dit que le gouvernement pouvait maintenant donner son argent aux banques.

Mme McGillivray : J'ai un peu galvaudé le terme.

Le sénateur Mercer : Si je veux faire un suivi la semaine prochaine, j'aimerais que les choses soient un peu plus claires.

Mme McGillivray : Je ne sais pas à qui Condition féminine a donné de l'argent, mais je suppose qu'il s'agit d'une information publique. Je propose que, peut-être, votre comité se penche sur cette question.

Senator Mercer: Not a bad question, Senator Cordy.

I find all your arguments on tax credits interesting. The issue is to address our primary concern, the people at the lower end of the income scale — that is our motivation — but there is a need to address the issue of people in the middle income level as well.

Like you, I am not as concerned about the people at the upper end of the scale. They have always been able to take care of themselves, thank you very much, and they always will be. It is finding the incentive perhaps for the people in the middle that we are having difficulty with.

I was in Windsor last evening, and it was suggested by a speaker there that doubling the tax exemption level was one way of attacking the bottom end. However, as I keep reminding people, every time you do that, they still have to wait a full year's cycle before it really starts to kick in and you start to see some real results.

Also, it still does not address the group of people in the middle. When they start off in that group in the middle, many of those women are not single at that point. If we do not provide incentives in that category, and women live longer than men, as we know, then women end up with the residual of the good work they have done with their partner. That is what I am concerned about.

People keep saying that the people at the upper end will take care of themselves. I want to exclude a bunch of people from the process, so that the people at the bottom end of the scale have access to greater help, and I am having difficulty figuring out how to do that without giving them something, and maybe a tax credit is that something. With a tax credit, we do not actually give the money; they just do not give us money.

Ms. Hall: I have two comments. First, unfortunately, we have seen in recent budgets that tax credits are given to those who have taxes to pay, and that is it. Nothing is done for the lower income. It is a real concern that tax credits and tax incentives are used when we have done nothing.

The Chair: If I may interrupt, he is trying to address the problem.

I agree with you. We know that with a tax credit, the more income you earn, the more advantage you get from the credit. However, if you had a tax credit that benefited people with income levels upon which tax was payable up to a certain level, then perhaps you would catch those people in the \$25,000 to \$40,000 income level who could benefit from some tax credits, but you would certainly not benefit the wealthy.

Ms. Hall: That would be one way of not benefiting the wealthy, but there is still the concern that if the government is getting less money, it has two choices: either to raise taxes

Le sénateur Mercer : Ce n'était pas une mauvaise question, sénateur Cordy.

Je trouve que vos observations sur les crédits d'impôt sont toutes intéressantes. Il faut d'abord s'occuper de notre principale préoccupation : les gens qui se trouvent au bas de l'échelle des revenus — il s'agit de notre motivation. Nous devons toutefois aussi nous occuper des gens qui ont un revenu moyen.

Tout comme vous, je ne me fais pas de souci pour les gens qui se trouvent en haut de l'échelle. Ils ont toujours été capables de s'occuper d'eux-mêmes, merci bien, et ils le seront toujours. Ce qui pose problème, c'est, peut-être, de trouver un incitatif pour les membres de la classe moyenne.

J'étais à Windsor, hier soir, et un intervenant a proposé que l'on double le niveau d'exemption fiscale afin d'aider les gens au bas de l'échelle. Cependant, comme je ne cesse de le rappeler aux gens, quand on adopte ce type de mesures, les gens doivent attendre toute une année avant de voir une différence et avant qu'il y ait de véritables résultats.

De plus, cette mesure n'offre aucune aide aux gens de la classe moyenne. La plupart des femmes qui font partie de la classe moyenne ne sont pas célibataires. Si nous n'offrons pas de mesures incitatives aux gens de cette catégorie, et étant donné que les femmes vivent plus longtemps que les hommes, comme vous le savez, les femmes se retrouveront avec les restes de tout le travail qu'elles auront fait avec leur conjoint. C'est ce qui me préoccupe.

On ne cesse de dire que les gens de la classe supérieure peuvent s'occuper d'eux-mêmes. J'aimerais exclure tout un groupe de personnes du processus afin que l'on puisse offrir une plus grande aide aux gens qui se trouvent au bas de l'échelle, et je n'arrive pas à voir comment on pourrait y arriver sans leur offrir quelque chose, comme, peut-être, un crédit d'impôt. Avec un crédit d'impôt, nous ne leur donnons pas d'argent; ce sont eux qui ne nous en donnent pas.

Mme Hall : J'ai deux commentaires à ce sujet. D'abord, nous avons malheureusement constaté, à la suite des récents budgets, que les crédits d'impôt profitent exclusivement à ceux qui paient des impôts. Il n'y a rien pour aider ceux qui ont un faible revenu. C'est très préoccupant de voir qu'on a recours à des crédits d'impôt et à des incitatifs fiscaux alors que rien n'a été fait.

La présidente : Je m'excuse de vous interrompre; il essaie de régler le problème.

Je suis d'accord avec vous. Nous savons que plus une personne a un revenu élevé, plus elle profite d'un crédit d'impôt. Cependant, si un crédit d'impôt était offert à des gens dont le revenu est assez élevé, jusqu'à un certain point, pour qu'ils paient de l'impôt, vous pourriez peut-être aider les personnes qui gagnent de 25 000 à 40 000 \$ à l'aide de certains crédits d'impôt, et vous ne vous retrouveriez sûrement pas à aider les riches.

Mme Hall : C'est vrai que cela n'aiderait pas les riches, mais si le gouvernement obtient moins d'argent, il aura deux choix : augmenter les impôts en général de ceux qui en paient encore

generally for those who are left paying where the tax credits have been given, or to cut back on public services, which is what we have been seeing for the past 15 to 20 years. Remember, seniors have long memories.

We are not asking you to recreate the golden age of capitalism, but we are asking you to keep the full gamut of people in the fore. I think this is your biggest challenge: to benefit the middle- and lower-income people yet not have a reduction in general services.

Senator Mercer: I think there is some sympathy, certainly in the Senate, for a guaranteed annual income. Senator Segal does not own this; he is just the fellow who got the ink. Senator Segal sits with me on the Standing Senate Committee on Agricultural and Forestry, where we have talked about rural poverty and about a guaranteed annual income.

The issue of guaranteed annual income is not a bad one, but we also have to make sure that the pot is growing as we share the pot, and that becomes the issue.

As you know, I have just come from Windsor, the heartland of the auto industry, which is in a terrible state of affairs at the present time. As goes the auto sector, so goes Ontario.

I am quite happy to redistribute the wealth using a guaranteed annual income, as an example of how that might happen, but I do not want to stop the pot from growing. I do not want to throw the baby out with the bath water here. I want to make sure there is something left. That is why I am having this difficult time. We need to keep those people at the middle, upper-middle and the upper income levels generating tax dollars.

An article appeared in my hometown paper not too long ago that quoted Mr. Flanagan, an advisor to this current Prime Minister, saying that they are “tightening the screws on the federal government” and “boxing in” its ability to participate financially in the affairs of the country. I do not want that to happen, so I keep struggling with ideas to say that we want to do this but we also do not want to limit the government’s ability and responsibility. In Ontario now, we potentially have a terrible situation; it is not terrible yet, but if the auto sector continues to go south on us, it will get much worse.

Ms. Mounstevan: As Canadian pensioners, as we are seeing tax benefits coming out, we feel that “income tax” has become a bad word. Over the last number of years, income tax has come to be seen as bad. The government is telling us that it will put more money in our pocket with the tax credit, that it will give us our money back and that the money will somehow get trickled down because people will have more money to go out and buy. However, that does not happen.

même après l’application des crédits d’impôt, ou réduire les services publics, et c’est ce que nous voyons depuis 15 ou 20 ans. Rappelez-vous, les aînés se souviennent de bien des choses.

Nous ne vous demandons pas de recréer l’âge d’or du capitalisme, mais nous vous demandons de mettre tout le monde à l’avant-plan. Je crois que ce sera votre plus grand défi : aider les personnes à revenu moyen et à faible revenu sans entraîner une réduction des services en général.

Le sénateur Mercer : Je crois qu’il existe, du moins au Sénat, une certaine sympathie pour un revenu annuel garanti. Le sénateur Segal n’est pas le seul à défendre cette idée; c’est simplement à lui qu’on a passé le flambeau. Le sénateur Segal siège à mes côtés au Comité sénatorial permanent de l’agriculture et des forêts, et nous avons discuté beaucoup de la pauvreté rurale et du revenu annuel garanti.

L’idée de garantir un revenu annuel n’est pas mauvaise, mais nous devons nous assurer que la caisse se remplit à mesure que nous la vidons, et c’est là le problème.

Comme vous le savez, j’arrive tout juste de Windsor, cœur de l’industrie automobile, qui est en piteux état actuellement. La situation de l’Ontario est calquée sur celle du secteur de l’automobile.

Je serais très heureux de redistribuer la richesse à l’aide d’un revenu annuel garanti, si on devait choisir cette option, mais je ne veux pas que la caisse se vide. Je ne veux pas jeter le bébé avec l’eau du bain. Je veux m’assurer qu’il reste quelque chose. C’est pourquoi j’hésite à appuyer cette idée pour l’instant. Nous devons nous assurer que les personnes de la classe moyenne, de la classe moyenne-supérieure ou de la classe supérieure sont en mesure de payer des impôts afin que nous ayons de l’argent.

Le journal de ma localité a publié récemment un article qui citait M. Flanagan, conseiller du premier ministre actuel, qui disait qu’il fallait serrer la vis au gouvernement fédéral et l’obliger à participer financièrement aux affaires du pays. Je ne veux pas que nous nous rendions là. Je continue donc à tenter de trouver des façons de dire que c’est ce que nous voulons faire, mais aussi que nous ne souhaitons pas limiter les capacités et la responsabilité du gouvernement. La situation actuelle de l’Ontario pourrait grandement se dégrader. Elle n’est pas encore dramatique, mais si le secteur de l’automobile continue d’aller vers le Sud, elle pourrait le devenir.

Mme Mounstevan : Nous, les retraités canadiens, quand nous voyons que de plus en plus d’avantages fiscaux sont offerts, nous avons l’impression que les mots « impôt sur le revenu » sont devenus des gros mots. Depuis quelques années, l’impôt sur le revenu est perçu comme une mauvaise chose. Le gouvernement nous dit que les crédits d’impôt nous permettront d’avoir plus d’argent, nous rendront notre argent, et que cet argent aura, en quelque sorte, des retombées puisque les gens auront plus d’argent pour sortir et consommer. Cependant, rien de tout cela ne se produit.

There is a huge depletion in services. We would like to see a reinstatement of what we used to have in the Employment Insurance benefits. We are told that we cannot afford it. Well, I think we need to start looking at affording it, because too many people cannot access Employment Insurance at times when they need it. Also, EI has been reduced here in Ontario. My understanding is that we get less EI in Ontario than in the rest of the country, however the ratio is worked.

The point is how income tax is promoted by our government. If we were told that we would have opportunities for better health care, that we could have a good pharmacare program and that we could really look at the whole issue of housing, we might feel differently about income tax. That is where we are coming from when we talk about tax credits.

We are not solely a women's organization. We have men in our organization who also agree with us and also have concerns about what is happening.

Ms. McGillivray: I agree with what Ms. Mounstevan is saying. I just finished doing my income tax return. Many of us older adults give to different charities to help them out. What a shock when you look at the line for how much deduction you get. That is a disincentive. However, it could be an incentive that could be broadened. Why is it that if I give to a political party, I get quite a bit of it back?

I am not a rich woman. At one time, I was an unattached parent with children to support. I put myself through university. I know what all this is about.

I want to speak about Employment Insurance. I think that is under federal jurisdiction.

Senator Mercer: It is.

Ms. McGillivray: I have a son. I should not personalize things here at the table, but I will. My son is 38 years of age. He is 6 feet 2 inches tall. He works in the gypsum mines out at Hagersville, in a 4-foot squatted position. He has been there for nine years. He is married. He has two little children.

My son is not unionized. He has had a couple of bad accidents, which, thank goodness, have not crippled him in any way. The immediate thing for the employer is to bring him back to work and put him in a chair.

I have asked my son whether he has looked down the road and wants to be doing this work until he is age 65. He said, "Well, Mom, you know, I make good money." They have cut back the job to three 12-hour days a week.

I told him he has to think about different things. He does not have much time, working 12-hour shifts, and they have a little horse farm and he cuts wood. I called up Manpower and asked

Il y a eu une importante diminution des services. Nous aimerions que les prestations d'assurance-emploi redeviennent ce qu'elles étaient à une certaine époque. On nous a dit que le pays n'en avait pas les moyens. Eh bien, je crois que nous devons les trouver, les moyens, parce que trop de personnes n'ont pas accès à l'assurance-emploi au moment où elles en auraient besoin. L'assurance-emploi a aussi été réduite ici en Ontario. D'après ce que je comprends, l'assurance-emploi est moins élevée en Ontario que partout ailleurs au pays, quel que soit le ratio utilisé.

Le problème, c'est la façon dont notre gouvernement présente l'impôt sur le revenu. Si on nous disait qu'il nous permet d'avoir accès à de meilleurs soins de santé et à un meilleur régime d'assurance-médicaments, et qu'il pourrait véritablement régler les problèmes de logement, nous aurions peut-être un autre point de vue sur l'impôt. C'est ce à quoi nous pensons quand nous parlons des crédits d'impôt.

Nous sommes un organisme qui n'est pas exclusivement féminin. Nous comptons des hommes parmi nos membres, et ils sont d'accord avec nous et se préoccupent tout autant que nous de la situation.

Mme McGillivray : Je suis d'accord avec ce que dit Mme Mounstevan. Je viens tout juste de terminer ma déclaration de revenus. Nous sommes nombreux, parmi les aînés, à donner à des œuvres de bienfaisance pour les aider. C'est toutefois tout un choc de voir les déductions auxquelles nous avons droit. C'est très dissuasif. Il s'agit pourtant d'une mesure incitative dont on pourrait tirer profit. Pourquoi est-ce que, si je fais un don à un parti politique, une grande partie de l'argent me revient?

Je ne suis pas une femme riche. À une certaine époque, j'ai été une mère monoparentale et je devais m'occuper seule de mes enfants. J'ai payé moi-même ma formation universitaire. Je sais de quoi il s'agit.

J'aimerais parler de l'assurance-emploi. Je crois qu'il s'agit d'une compétence fédérale.

Le sénateur Mercer : En effet.

Mme McGillivray : J'ai un fils. Je ne devrais pas parler de ma vie privée ici, mais je vais le faire. Mon fils a 38 ans. Il mesure 6 pi 2 po. Il travaille dans les mines de gypse à Hagersville, et il doit travailler à quatre pattes. Il fait ce travail depuis neuf ans. Il est marié. Il a deux jeunes enfants.

Mon fils n'est pas syndiqué. Il a eu quelques accidents qui, heureusement, n'ont pas réduit ses capacités. La réaction immédiate de l'employeur, c'est de le ramener au travail et de lui trouver un emploi qu'il peut faire assis.

J'ai demandé à mon fils s'il avait envisagé d'autres possibilités et s'il voulait faire ce travail jusqu'à ce qu'il ait 65 ans. Il m'a répondu : « Tu sais, maman, je fais un bon salaire. » Ses heures ont été réduites et il travaille maintenant trois journées de 12 heures par semaine.

Je lui ai dit qu'il devait tenir compte de différentes choses. Il n'a pas beaucoup de temps puisqu'il fait des quarts de 12 heures, qu'il coupe du bois et qu'il possède une petite ferme équestre avec sa

whether my son is eligible for anything under Unemployment Insurance or retraining. He is at a good age, 38. He is not the swiftest kid in the world. He could not carry on to higher education. It just could not happen.

In order for him to get retraining, he has to work less than 20 hours a week. He will not do that; he needs the money. The person at Manpower said, "I should not be telling you this, but the best thing is, if he got laid off, then he could apply for training." Do you know what training is? It is 12 or 14 weeks. That is not long enough to take welding training, or work on refrigeration, or learn a skill. That is not long enough.

I think we seriously need to look at that to level the playing field. That is one way of doing it.

My other children are doing very well. I understand when you say "What about the middle class?" Of course. It is all about getting re-elected anyway. We all know about politics, although we are non-partisan at this table.

There are other ways of looking to broaden things. People want to hold on to their money. They are afraid of losing it. It is no secret we are sliding into a recession. Things are not going to get any better.

I graduated in 1980, and in 1982 we went into recession. I remember 1990, when I went into private business and we went into a recession. I know it is tough, and you want to have those breaks when you are filing income tax. There is a lot of room there that would be fair to everybody.

A new deal came out that you can put \$5,000 in the bank and not be taxed on it. Who does that serve? You do not have people who can put any away for their old age, let alone put \$5,000 in the bank.

What was the other deal for seniors? Income splitting. Let me tell you, 41 per cent of seniors are not even in that category. Many people do not have a spouse, for one reason or another. I do not need to tell you that; you have heard it from a lot of people.

Senator Chaput: Ms. McGillivray, you talked about the Older Women's Housing Co-operative, which was affordable housing. I believe you said it could be or it was a very good model for multi-ethnic, multi-social housing, but it is not being done anymore. Did I understand correctly?

Ms. McGillivray: Yes, you did.

Senator Chaput: Could you tell me more about that model, that co-operative?

famille. J'ai téléphoné à Main-d'œuvre et j'ai demandé si mon fils pouvait obtenir quelque chose comme de l'assurance-chômage ou du perfectionnement. Il est encore jeune, il a 38 ans. Ce n'est pas le garçon le plus intelligent du monde. Il ne pourrait pas faire des études supérieures. C'est tout simplement impossible.

Pour avoir droit à du perfectionnement professionnel, il devrait travailler moins de 20 heures par semaine. Il ne le fera pas; il a besoin de l'argent. La personne à qui j'ai parlé à Main-d'œuvre m'a dit : « Je ne devrais pas vous dire ça, mais ce qu'il pourrait lui arriver de mieux, ce serait d'être mis à pied. Il pourrait alors présenter une demande de formation. » Savez-vous de quel type de formation il s'agit? C'est une formation de 12 ou de 14 semaines. Ce n'est même pas assez long pour suivre une formation en soudage ou en réfrigération, ou pour acquérir une compétence. Ce n'est pas assez long.

Je crois que nous devons nous pencher sérieusement sur la question pour offrir des chances équitables à tous. Il s'agit d'une façon d'y parvenir.

Mes autres enfants s'en sortent très bien. Je comprends pourquoi vous dites qu'il ne faut pas oublier la classe moyenne. Évidemment. Il s'agit d'être réélu, quoi qu'il arrive. Nous connaissons tous la politique, même si nous sommes tous non partisans quand nous sommes à cette table.

Il y a peut-être d'autres façons de tirer profit de la situation. Les gens veulent conserver leur argent. Ils ont peur de le perdre. Tout le monde sait bien que nous allons vers une récession. La situation ne s'améliorera pas.

J'ai obtenu mon diplôme en 1980, et une récession a commencé en 1982. Je me souviens de 1990, quand je travaillais pour le secteur privé et que nous avons connu une récession. Je sais que c'est difficile et que les gens aiment avoir l'impression de respirer quand ils remplissent leur déclaration de revenus. Il y a de nombreuses possibilités à ce sujet qui permettraient d'être équitable envers tous.

Une nouvelle option est maintenant offerte : vous pouvez placer 5 000 \$ à la banque, et ce montant ne sera pas imposé. À qui cela profite-t-il? Les gens sont incapables de mettre de l'argent de côté pour leurs vieux jours; pensez-vous qu'ils sont capables de placer 5 000 \$ à la banque?

Quelle est l'autre option offerte aux aînés? Le partage du revenu. Laissez-moi vous dire que 41 p. 100 des aînés n'ont même pas accès à cette option. Bon nombre d'entre eux n'ont pas de conjoint, pour quelque raison que ce soit. Je ne vous apprend rien; bien d'autres vous l'ont déjà dit.

Le sénateur Chaput : Madame McGillivray, vous avez parlé de la Older Women's Housing Co-operative, un projet de logements abordables. Je crois que vous avez dit qu'il s'agissait ou qu'il pourrait s'agir d'un très bon modèle de logements sociaux multiethniques, mais qu'on ne construisait plus de logements de ce type. Est-ce que j'ai bien compris?

Mme McGillivray : Oui, vous avez bien compris.

Le sénateur Chaput : Pouvez-vous m'en dire plus sur ce modèle, sur cette coopérative?

Ms. McGillivray: It has been operating for 10 or 11 years now. There are 142 units in the building. Some are market rents and others are subsidized for low income. There is a certain percentage.

I am so glad you asked me that, because that is one of the things I wanted to say about housing. At the federal level, you do have some control over some of this, and that is to make it equitable for those who live in the building. There is a very long waiting list now, because people do not move out. It is not a seniors' building, it is multi-age, multi-ethnic, multi-income. The building is at 115 The Esplanade in downtown Toronto. If you ever get down there, do go in and ask for a tour. It is a wonderful model of a co-op building.

A co-op building, as you may know, is shared by all the tenants. They have their own board of directors, and they share in the work of the building. The Older Women's Network has our office on the main floor of that building. We pay rent. It is a gathering place for many people in the building as well as in the community. We are right across the street from PAL, which is the Performing Arts Lodges housing. A lot of interaction happens around the St. Lawrence Market downtown.

Co-ops are no longer built. I could be wrong, and Ms. Mounstevan can correct me, but I believe one co-op is being planned.

The beauty of this co-op building is that it offers a place to age in place. They have support services coming in. One of our colleagues and her husband just sold the house they lived in for 43 years and have moved into the co-op building. He is 92 years young, she is 89 and they are very active on our committees. It is wonderful, because the gentleman is brilliant. He was a professor at the university. He wanders a little bit now, but that is okay because there are services that come in the building. There is nothing wrong with his mind.

It is a wonderful model. It has a roof garden, which has taken awards. The new way of conserving energy is to put gardens up on the roof. It is just beautiful.

Did I answer your question?

Senator Chaput: Yes, you did. Thank you so much.

Senator Cordy: Thank you to all of you for being here. It is more like a friendly discussion around the table.

I do not know whether it was Ms. Hall or Ms. Mounstevan who talked about our having to be concerned about the well-being of future seniors. I am not sure that as a society we look upon aging as a continuum. We are actually aging from the time we are born. Yet, whenever one uses the word "aging," we think about people who are 65 years old or older.

Mme McGillivray : Elle existe depuis maintenant 10 ou 11 ans. L'immeuble compte 142 unités. Certaines sont louées au prix du marché, et d'autres sont subventionnées et louées à des personnes ayant un faible revenu. Il s'agit d'un certain pourcentage.

Je suis très contente que vous me posiez cette question parce que c'est une des choses que je voulais mentionner à propos du logement. Vous avez, à l'échelle fédérale, une certaine influence sur tout cela puisque c'est vous qui rendez la situation équitable pour toutes les personnes qui vivent dans l'immeuble. La liste d'attente est actuellement très longue parce que les gens ne déménagent pas. Ce n'est pas un immeuble d'ainés; c'est un immeuble pour les gens de toutes les ethnies, de tous les âges et de tous les niveaux de revenu. Il est situé au 115, The Esplanade, dans le centre-ville de Toronto. Si vous passez par là, un jour, entrez et demandez de visiter. Il s'agit d'un modèle fantastique de coopérative immobilière.

Comme vous le savez peut-être, une coopérative immobilière appartient à tous les locataires. Ils ont leur propre conseil d'administration et s'occupent des travaux à faire en collaboration. Le bureau du Older Women's Network se trouve au rez-de-chaussée de cet immeuble. Nous payons un loyer. C'est un lieu de rassemblement pour de nombreuses personnes de l'immeuble et de la collectivité. Nous sommes situés juste en face des logements de l'organisme PAL. Il y a beaucoup d'activités autour du St. Lawrence Market dans le centre-ville.

Il ne se construit plus de coopératives. Je me trompe peut-être, et Mme Mounstevan pourra me corriger, mais je crois qu'un projet de coopérative est en cours de planification.

Le grand intérêt de cette coopérative d'habitations, c'est qu'il s'agit d'un endroit où les gens peuvent vieillir. Ils ont accès à des services d'aide sur place. L'une de nos collègues vient tout juste de vendre la maison où elle habitait depuis 43 ans avec son mari, et ils ont déménagé dans la coopérative. Son mari est une jeunesse de 92 ans; elle a 89 ans, et ils sont tous deux très actifs au sein de nos comités. Le monsieur est un homme brillant. Il était professeur à l'université. Il a maintenant besoin d'un peu d'aide, mais tout va bien puisque des personnes qui offrent des services d'aide se rendent dans l'immeuble. Il a l'esprit tout à fait clair.

C'est un modèle fantastique. L'immeuble compte une toiture-jardin qui a été primée. C'est la nouvelle façon de conserver l'énergie : faire un jardin sur le toit. C'est merveilleux.

Est-ce que j'ai répondu à votre question?

Le sénateur Chaput : Oui, merci beaucoup.

Le sénateur Cordy : Je vous remercie tous de votre présence. C'est un peu comme une rencontre amicale, aujourd'hui.

Je ne sais pas qui de Mme Hall ou de Mme Mounstevan a parlé du fait que nous devrions nous préoccuper du bien-être des futurs aînés. Je ne pense pas que, en tant que société, nous voyions le vieillissement comme un processus continu. Toutefois, nous commençons à vieillir dès notre naissance. Pourtant, quand nous utilisons le mot « vieillissement », nous pensons aux personnes de 65 ans et plus.

How do we get the public to realize that if they are lucky, they will be seniors? The alternative is quite the contrary.

You mentioned the young people of today, not the baby boomers, but the young people. My daughters are ages 30 and 28. I look at them and their friends, and I see a lot of contract work today; many are not receiving benefits but are assigned a contract for six months or a year.

You also spoke about the underemployment of immigrants who are professionals who are not working in their field but rather are driving taxis, for example.

We have certainly moved to defined contributions and away from defined benefits, so your savings are at the mercy of however you have chosen to invest them.

All of those things are valid when you look at Ms. Hall's comment about the well-being of our future seniors. I am wondering, when we talk about aging and demographics, how we portray that to the public and to young people particularly, who are inclined, as we were when we were in our twenties, to think that it does not affect them. How do we get them engaged in the whole issue of aging well?

Ms. Hall: That is a big challenge for all of us. I was amused recently to hear on the radio about a professional financial advisor, obviously making money, who was going into the schools to encourage 11-year olds to start their RRSPs and to expound the wonderful benefits of compound interest. That is fine, but what about the 11-year olds who are perhaps pretending they are older to work or cutting the neighbours' lawn, doing something to help the family income, not to buy the latest gadget or to put something into an RRSP? We are not in the Dickens' time, but it does still happen.

Quite often when I am talking to people of your children's age group, they want to know what we are doing. People I know personally will ask, "Why are you putting effort into this? Why should you care? Why should you bother?" I tell them "I am doing it for your generation," and that makes them stop and think, because they know me personally; they can relate to me and they understand that they will be getting old. I am having a fairly vigorous old age. They would like to have a vigorous old age. Should they be thinking about it now?

That personal interaction has an impact, but there is also the combination of countering ageism. I was talking to a First Nations elder this week who is chief of her reserve. We were talking about younger people. I said that many people, especially the boomer generation but perhaps those younger as well, do not want a word associated with growing older. Are they afraid of it? As you said, senator, the alternative might scare them more.

Comment pouvons-nous faire comprendre aux gens que, s'ils sont chanceux, ils deviendront des aînés? Le contraire serait plutôt malchanceux.

Vous avez parlé des jeunes d'aujourd'hui, non pas de la génération du baby-boom, mais bien des jeunes d'aujourd'hui. Mes filles ont 30 et 28 ans. Je regarde leur situation et celle de leurs amis, et je constate qu'il y a, aujourd'hui, beaucoup de travail à contrat; bon nombre d'entre eux ne reçoivent pas d'avantages sociaux, mais se voient attribuer des contrats de six mois ou d'un an.

Vous avez aussi parlé du sous-emploi des immigrants professionnels qui ne travaillent pas dans leur domaine et qui doivent plutôt se contenter de conduire un taxi, par exemple.

Il y a certainement de plus en plus de régimes à cotisations déterminées et de moins en moins de régimes à prestations déterminées, ce qui signifie que vos économies dépendent de la façon dont vous avez choisi de les investir.

Ce sont tous des éléments pertinents si l'on pense au commentaire de Mme Hall sur le bien-être des futurs aînés. Je me demande, au sujet du vieillissement et de la démographie, de quelle façon nous devons présenter ces sujets au grand public, et plus particulièrement aux jeunes, qui ont tendance, comme nous quand nous avions 20 ans, à penser que cela ne les concerne pas. Comment pouvons-nous les sensibiliser à l'importance de bien vieillir?

Mme Hall : C'est un défi important pour chacun d'entre nous. Ça m'a fait rire, récemment, quand j'ai entendu parler, à la radio, d'un conseiller financier professionnel, qui de toute évidence réussit, qui se rendait dans les écoles pour inciter des jeunes de 11 ans à investir dans un REER et pour leur expliquer les merveilleux avantages des intérêts composés. D'accord, mais qu'en est-il du jeune de 11 ans qui prétend être plus vieux pour pouvoir travailler ou qui coupe le gazon de son voisin pour aider sa famille, et non pas pour s'acheter le dernier gadget ou pour investir dans un REER? Ce n'est plus l'époque de Dickens, mais cela arrive encore.

Bien souvent, quand je parle à des gens qui font partie de la génération de vos enfants, ils me demandent ce que je fais. Des gens qui me connaissent bien me demandent : « Pourquoi fais-tu tous ces efforts? Pourquoi devrais-tu t'en occuper? Pourquoi te fais-tu du souci? » Je leur réponds que je le fais pour leur génération, et cela les fait réfléchir parce qu'ils me connaissent, personnellement. Ils peuvent s'identifier à moi, et ils comprennent qu'ils vieilliront, eux aussi. J'ai une vieillesse assez dynamique. Ils aimeraient avoir une vieillesse comme la mienne. Devraient-ils commencer à y penser maintenant?

Les interactions sur le plan personnel sont importantes, mais il faut aussi combattre l'âgeisme. Je discutais, cette semaine, avec une aînée des premières nations qui est chef de sa réserve. Nous discutons des jeunes, je disais que bien des gens, surtout de la génération du baby-boom, mais aussi des gens plus jeunes, ne veulent pas d'un terme qui signifie qu'ils vieillissent. Ont-ils peur? Comme vous l'avez dit, sénateur, c'est peut-être l'autre possibilité qui leur fait le plus peur.

To my friend, “elder” is an honourable word, and she had no problem with “senior.” She felt there was something sadly lacking in the way these young people had been brought up.

I think it is incumbent on all of us who are concerned with what happens to other people and not just ourselves, as obviously you all are, being in public life. Perhaps your report will be the beginning of that process.

Senator Cordy: I would like to turn now to the guaranteed annual income, which we have already spoken about today. I am also on a committee that is studying poverty related to cities, chaired by Senator Eggleton from Ontario.

The idea of a guaranteed income has come up at several of our meetings. Yesterday, we had a number of people from the Toronto area who were affiliated with anti-poverty groups. The issue was raised with them about guaranteed income. One gentleman commented that at face value it sounds very good, but he and most of the panel members were afraid that it would affect other social programs. They specifically mentioned Employment Insurance. I know one of you stated that if we had a guaranteed income, we would do away with Employment Insurance. His concern in fact was the opposite, that if we had a guaranteed annual income, that would happen, we would get rid of Employment Insurance.

If you look at Employment Insurance not specifically related to seniors, would the parental leave plan be thrown out the window if we had a guaranteed annual income? If the woman is out of the workplace and the man is in the workplace, then the family income might be such that they would not qualify for parental leave benefits, which could cause financial hardship to the family. What would happen to other types of Employment Insurance benefits, like the caregiver leave for palliative care?

Ms. McGillivray: Just to clarify, we know from reading in the newspaper that it was Senator Segal who said he supported a guaranteed annual income, but throw out Employment Insurance and welfare benefits. No one will endorse that in a million years. We need all the programs.

When I was in social work, the question was always who will you throw out of the boat. I do not happen to believe there is a scarcity of resources in this country. I think this is a very rich country. I think there is misuse of our resources.

A guaranteed annual income is not a difficult thing when one looks at the income tax and at the ways in which the allowances are made for certain incomes. It is just a matter of topping up

Mon amie estime que le mot « aîné » est un mot honorable, et elle n’a rien contre le terme « personne âgée » non plus. Elle pense que la façon dont ces jeunes ont été élevés présentait malheureusement des failles.

Je crois que c’est à nous d’agir, nous qui nous préoccupons des autres et pas seulement de nous-mêmes, comme c’est évidemment votre cas à tous puisque vous avez choisi de travailler auprès du grand public. Votre rapport marquera peut-être le début du processus.

Le sénateur Cordy : J’aimerais maintenant revenir à la question du revenu annuel garanti, dont nous avons parlé plus tôt aujourd’hui. Je fais aussi partie d’un comité qui étudie la pauvreté dans les villes, et qui est présidé par le sénateur Eggleton, de l’Ontario.

L’idée d’un revenu garanti a été évoquée à plusieurs reprises dans nos rencontres. Hier, nous avons reçu un certain nombre de personnes de la région de Toronto affiliées à des groupes de lutte contre la pauvreté. On a abordé, avec elles, la question du revenu garanti. Un intervenant a fait remarquer que l’idée semblait très bonne en soi, mais il craignait, comme la plupart des personnes présentes, qu’un revenu garanti ait des répercussions sur d’autres programmes sociaux. Il a mentionné, plus particulièrement, l’assurance-emploi. Je sais que l’un d’entre vous a dit que si nous avions le revenu garanti, nous n’aurions pas besoin de l’assurance-emploi. Cet intervenant était plutôt préoccupé par la situation inverse : il craignait que, si le gouvernement décidait d’adopter le revenu annuel garanti, il se débarrasserait de l’assurance-emploi.

Que ferait-on des prestations d’assurance-emploi qui ne sont pas offertes aux aînés en particulier — comme le régime de congé parental — si nous adoptions le revenu annuel garanti? Les éliminerait-on? Si la femme est en congé et que l’homme travaille, le revenu familial pourrait être assez élevé pour qu’il ne soit pas admissible à des prestations parentales, ce qui pourrait placer la famille dans une situation difficile sur le plan financier. Qu’arriverait-il aux autres types de prestations d’assurance-emploi, comme le congé pour aidant naturel qui offre des soins palliatifs?

Mme McGillivray : J’aimerais simplement apporter une précision : nous savons, parce que nous l’avons lu dans les journaux, que c’est le sénateur Segal qui a dit qu’il appuyait le revenu annuel garanti, mais qu’il éliminerait alors les prestations d’assurance-emploi et d’aide sociale. Jamais dans cent ans quelqu’un ne viendra appuyer cette idée. Nous avons besoin de tous les programmes.

Quand je m’occupais de travail social, on nous demandait constamment qui nous allions jeter à la mer. Je ne pense pas qu’il y ait pénurie de ressources dans notre pays. Je crois que le Canada est un pays très riche. Je pense que les ressources sont mal utilisées.

Ce n’est pas difficile d’offrir un revenu annuel garanti si on tient compte de l’impôt sur le revenu et de la façon dont certains revenus sont traités. Il s’agit simplement d’offrir un supplément

incomes, which they do anyway in other ways. However, I do not think we want that at the sacrifice of losing social programs.

Senator Cordy: Thank you. I was hoping you would say that.

Yesterday, one of our witnesses was presenting from India, which is quite amazing when you think what technology can do today. He had done a UN report in Canada on poverty in Canada, and he basically asked why a country as rich as Canada has so many poor people. There was a government response, which I have never seen, but our committee will be looking for that response, and I will be interested to read what they said.

I am also interested in your comments, Ms. McGillivray, about women's shelters and senior women. I have tended to think of women's shelters as being for younger women and their children. You are absolutely right. We have not been looking at how we meet the needs of senior women when we look at housing and shelters. If I were 65 or 70 years old, I am not sure that I would want to be put in the same housing with a lot of two- and three-year olds.

Is there a movement to look specifically at meeting the needs of senior women?

Ms. McGillivray: You are perfectly right. That was what our study found.

To begin with, the study was developed to address issues around the abuse of older women. They were coming in droves. We look at abuse generally. I sort of endorse the theory that it starts with child abuse, then adult abuse, and it continues into old age. There is a continuum. Naturally, as our demographics have moved along, we have a larger population, which is mainly women, although some men also fall into that category and suffer from abuse.

I do not need to tell this committee that older people have a certain amount of reserve and privacy. They do not want to share their personal stories. There is a great reluctance to have to admit to anyone that you are in an abusive situation. In fact, I worked in the field, and there were many situations where women said, "Well, we are getting on in age now. I will just put up with it. He will die pretty soon." Some of the results are pretty sad.

The Older Women's Network got some funding to explore the needs of older women and identified something you just said, that shelters are not geared to older adults who would like to have a little quiet time, a little privacy.

Larger than that was the fact that shelters did not take any statistics on age, or education, or a lot of other things. They considered all that private and confidential. I suppose from their

au salaire, ce que l'on fait déjà de toute façon par d'autres moyens. Je crois toutefois qu'on ne doit pas sacrifier nos programmes sociaux en échange.

Le sénateur Cordy : Merci. C'est ce que j'espérais entendre.

Hier, l'un des intervenants a présenté son témoignage à partir de l'Inde, et c'est assez extraordinaire de voir ce que la technologie permet aujourd'hui. Il avait rédigé au Canada un rapport pour les Nations Unies sur la pauvreté au Canada et demandait, essentiellement, comment un pays aussi riche que le Canada pouvait compter autant de pauvres. Le gouvernement a répondu à ce rapport; je n'ai jamais vu cette réponse, mais notre comité tentera de la trouver et j'aimerais bien savoir ce qu'elle contient.

Ce qui m'a aussi intéressé, dans vos commentaires, madame McGillivray, c'est ce que vous avez dit à propos des refuges pour les femmes et des femmes âgées. J'ai toujours pensé que les refuges pour femmes s'adressaient davantage aux femmes plus jeunes et à leurs enfants. Mais vous avez tout à fait raison. Nous n'avons pas pensé à répondre aux besoins des femmes âgées quand nous nous sommes penchées sur le logement et les refuges. Si j'avais 65 ou 70 ans, je ne suis pas sûre que j'aimerais me retrouver dans le même refuge que plusieurs enfants de deux ou trois ans.

Y a-t-il un mouvement qui vise particulièrement les besoins des femmes âgées?

Mme McGillivray : Vous avez tout à fait raison. C'est ce que notre étude a révélé.

L'étude visait d'abord à connaître les enjeux concernant les femmes âgées victimes de violence. Et il y en avait beaucoup. Nous parlons de la violence en général. Je suis plutôt d'accord avec la théorie selon laquelle la violence commence dans l'enfance, se poursuit à l'âge adulte, et est encore présente pendant la vieillesse. Il s'agit d'un continuum. Évidemment, conformément aux données démographiques, notre population est de plus en plus importante et est surtout composée de femmes, même si certains hommes entrent aussi dans cette catégorie et sont victimes de violence.

Je n'ai pas besoin de vous dire, mesdames et messieurs les membres du comité, que les aînés font en général preuve de réserve et tiennent à leur vie privée. Ils n'aiment pas raconter leurs histoires personnelles. Ils hésitent beaucoup à reconnaître devant quelqu'un qu'ils sont victimes de violence. J'ai travaillé sur le terrain et, bien souvent, les femmes me disaient : « Eh bien, c'est comme ça que nous vivons depuis déjà longtemps. Je vais m'en accommoder. Il devrait mourir bientôt. » Les résultats sont parfois plutôt tristes.

Le Older Women's Network a reçu du financement pour étudier les besoins des femmes âgées et a constaté, comme vous venez de le dire, que les refuges ne répondent pas aux besoins des aînés qui ont besoin d'un peu de paix et qui ont besoin que l'on respecte leur vie privée.

De plus, l'un des problèmes était que les refuges ne conservent pas de statistiques sur l'âge, sur le niveau d'instruction, ou sur bien d'autres éléments. Ils estiment qu'il s'agit là de

perspective it was, but from another perspective, if you do not have the information then you cannot develop the programs that are needed to address that population.

That shelter study changed the way that family services dealt with older people who were complaining about abuse. I would like to replicate that study now, 20 years later, to find out whether there has been any change.

Ms. Mounstevan: When we did our study on holding on to housing in the rural areas, we heard people not understanding about the number of people who were homeless. We saw the numbers of older women who were at risk of losing their home. Many times, we found that they were being sheltered for a short period of time with family members. They would stay there only for a little while, then they would have to move on. It came as a great surprise to the smaller rural areas how many people actually were in that category.

We also found in this study that when we look at age, we are talking about a senior at age 65. However, when people are at risk or are homeless, the aging process is very much tied to the age of 45. People who are at that type of risk, who are living on the street or in shelters are of course concerned about where they will live, how much food they will put in their bodies, and what health risks they face.

I was part of a founding group that started a drop-in program for women in the late 1970s. It was surprising to us who walked through our door. It was mainly women who were over age 50. We saw younger women, but they are more resilient compared to the population of older women, and when you look at men as well.

In the city of Toronto we have done away with detox centres. The detox centres, which had mostly men coming to them, were wonderful, because we found that we were able to really give care, both physical care, to look at the health of feet and to begin perhaps to get some food into their bellies, and care such as beginning to look at what was possible in terms of finding housing. Detox centres have now disappeared. I know they are doing satellite centres and it is different, but there are a variety of ways of looking at who is housed and under-housed.

I live in a housing co-op, part of a federal co-op. There are two kinds of co-ops. There are the federal co-ops, and there is what used to be called the provincial co-ops, which were downloaded to the municipalities. We had to fight very hard for the federal co-ops not to be downloaded to the province, which would then have downloaded them to the municipalities.

renseignements confidentiels et personnels. Je suppose que, de leur point de vue, c'est le cas, mais d'un autre point de vue, si on ne dispose pas de ces renseignements, on ne peut élaborer les programmes dont les aînés ont besoin.

Grâce à l'étude sur les refuges, la façon dont les services familiaux s'occupent des aînés qui prétendent être victimes de violence a changé. J'aimerais que nous puissions refaire cette étude maintenant, 20 ans plus tard, pour savoir si les choses ont changé.

Mme Mounstevan : Quand nous avons fait notre étude sur les aînés qui réussissent à rester chez eux dans les régions rurales, nous avons constaté que les gens ne comprennent pas qu'autant de personnes sont sans abri. Nous avons constaté qu'un grand nombre de femmes âgées risquaient de perdre leur logement. Dans bien des cas, elles étaient hébergées par des membres de la famille pendant de courtes périodes. Elles y restaient quelque temps, puis elles devaient déménager. Les gens des petites régions rurales ont été très étonnés d'apprendre que c'était le cas d'un grand nombre de femmes.

Cette étude nous a aussi permis de constater que, quand on parle des aînés, on parle de personnes qui ont 65 ans et plus. Cependant, pour les personnes sans abri ou qui risquent de le devenir, le processus de vieillissement commence davantage à partir de l'âge de 45 ans. Les personnes qui vivent ce type de risque, qui vivent dans la rue ou dans des refuges se préoccupent de l'endroit où elles dormiront, de la nourriture qu'elles réussiront à trouver, et des risques pour la santé auxquels elles s'exposent.

À la fin des années 1970, j'ai fait partie d'un groupe qui a mis sur pied un programme de dépannage pour les femmes. Nous avons été étonnés de voir qui étaient les femmes qui franchissaient nos portes. C'était essentiellement des femmes de plus de 50 ans. Nous aidions aussi des jeunes femmes, mais ces dernières sont plus résistantes que les femmes âgées et que les hommes.

À Toronto, nous avons éliminé les centres de désintoxication de la ville. Nous avons découvert que ces centres, qui accueillaient essentiellement des hommes, étaient fantastiques puisqu'ils réussissaient vraiment à donner des soins, que ce soit des soins physiques — s'occuper de la santé des pieds et peut-être commencer à leur donner de la nourriture — ou d'autres types de soins — les aider à connaître les possibilités de trouver un logement. Les centres de désintoxication ont maintenant disparu. Je sais que la ville compte des centres satellites, ce qui est différent, mais il existe plusieurs façons de savoir qui possède un logement convenable et qui n'en possède pas.

J'ai habité dans une coopérative d'habitations en partie financée par le gouvernement fédéral. Il existe deux types de coopératives. Il y a les coopératives fédérales, et il y a ce que nous appelons les coopératives provinciales, qui sont maintenant la responsabilité des municipalités. Nous avons dû lutter énergiquement pour que les coopératives fédérales ne deviennent pas la responsabilité des provinces, qui en auraient fait la responsabilité des municipalités.

The co-op housing movement is a large movement across Canada. In Toronto, in one area around The Esplanade there are some 20 housing co-ops.

At present, the difficulty with co-ops is that because of the way they are funded, particularly the federal co-ops, as we pay off our mortgage, there is less money available for us to give subsidy. This year, we have lost \$1,000 a month subsidy money for people who are living in our co-op. That means that as I pay my market rent, a portion goes to subsidize someone else in my house.

The other part is that for 10 years we have not been able to bring anyone else into our co-op who needs a subsidy. I would ask you to look at what is happening. We used to have what we thought was an arrangement with Canada Mortgage and Housing, but CMHC has determined that they will no longer be giving — even if we looked at what the original agreement was based on, when at that time many of the co-ops were being funded on a 17 per cent interest rate on mortgage, and now we have a 4 per cent or 5 per cent interest rate on mortgage. Therefore, the amount of money now available is less because of that mortgage interest. There was no interest in our getting an arrangement to do more of the subsidizing.

The Chair: I will have to call this panel to an end.

Due to the power of the Internet and someone who is an expert at it, I can now tell you about the 2006 changes to the guidelines for funding with Status of Women. The word “equality” was dropped; operating budgets were cut by \$5 million over two years; and organizations engaged in advocacy or government lobbying were no longer eligible for funding, nor was there funding for research projects. The previous objectives, such as helping women’s organizations participate in the public policy process and increasing public understanding of women’s equality issues, have been eliminated from government literature.

The new objective is “to facilitate women’s participation in Canadian society by addressing their economic, social and cultural situation through Canadian organizations.”

Senator Mercer: What does that mean?

The Chair: I am not sure.

The program also favours small projects providing direct services to individual women. For-profit and religious organizations are also eligible.

In April 2007, to be fair, the grant funding was increased to \$15.3 million, in two components: the Women’s Community Fund, which will support projects at the local, regional and national level, although nobody seems to know what the projects are; and the Women’s Partnership Fund, which is inherent to

Le mouvement de logements coopératifs est un mouvement important à l’échelle du Canada. À Toronto, seulement dans la zone autour de The Esplanade, on compte quelque 20 coopératives d’habitations.

À l’heure actuelle, le problème, avec les coopératives, particulièrement des coopératives fédérales, c’est leur mode de financement : quand nous remboursons notre hypothèque, nous avons moins d’argent pour offrir des subventions. Cette année, nous avons perdu 1 000 \$ par mois en subventions pour les personnes qui vivent dans notre coopérative. Cela signifie que, quand une personne paie son loyer au prix du marché, une partie de l’argent sert à subventionner une autre personne dans l’immeuble.

Un autre aspect, c’est que, depuis dix ans, nous n’avons pas réussi à attirer dans notre coopérative une personne ayant besoin d’une subvention. Je vais vous expliquer ce qui se passe. Nous pensions avoir une entente avec la Société canadienne d’hypothèques et de logement, mais la SCHL a décidé qu’elle ne donnait plus d’argent — même si l’on tient compte de l’entente originale et du fait que, à l’époque, bon nombre de coopératives recevaient un financement pour un taux d’intérêt de 17 p. 100 sur l’hypothèque, tandis que maintenant les taux d’intérêt sont de 4 ou 5 p. 100. Cela signifie que le montant offert est maintenant moins élevé en raison de ce taux d’intérêt. Il n’y avait aucun intérêt, pour nous, à conclure une entente pour verser une plus grande part des subventions.

La présidente : Je vais devoir mettre fin à cette ronde.

Grâce au pouvoir d’Internet et d’une personne qui s’y connaît bien, je peux dès maintenant vous dire les changements qui ont été apportés en 2006 aux lignes directrices concernant le financement de Condition féminine. Le mot « égalité » a été abandonné; le budget de fonctionnement a été réduit de cinq millions de dollars sur deux ans; et les organismes qui s’occupent de défense des intérêts ou qui font du lobbying auprès du gouvernement ne sont plus admissibles à du financement, tout comme les projets de recherche. Les objectifs précédents, soit d’aider les organismes de femmes à prendre part au processus des politiques publiques et aider le grand public à comprendre les enjeux que vivent les femmes en matière d’égalité, ont été éliminés des documents du gouvernement.

Le nouvel objectif consiste à « faciliter la participation des femmes à la société canadienne en améliorant leur situation économique, sociale et culturelle par l’intermédiaire des organismes canadiens ».

Le sénateur Mercer : Qu’est-ce que ça veut dire?

La présidente : Je ne suis pas certaine.

Le programme appuie aussi les petits projets qui offrent des services directement aux femmes. Les organismes religieux et sans but lucratif sont aussi admissibles.

Si je veux être juste, je dois toutefois souligner que le financement versé en subventions a connu une augmentation et atteint 15,3 millions de dollars. Il se divise en deux volets : le Fonds communautaire pour les femmes, qui encourage des projets à l’échelle locale, régionale et nationale, même si personne ne

current government programs and will facilitate the engagement of eligible organizations and public institutions through projects addressing issues pertaining to women.

The money has been returned and some of it has been added, but the whole purpose, the advocacy, the government lobbying and the research initiatives have all been changed in that direction.

Ms. McGillivray: We are an advocacy group. We also could not get a charitable number because we are an advocacy group, and we only deal with one gender. So we are nowhere.

The Chair: I want to thank you all very much for your presentations this afternoon.

Senators, now appearing before us we have, on behalf of the City of Welland Accessibility Advisory Committee, Mr. Russ Findlay; on behalf of the Rose City Seniors Activity Centre, our host this afternoon, for which we are extremely grateful, Mr. John Rose; on behalf of the Senior Citizens Advisory Committee to the City of Welland, Mr. Doug Rapelje; on behalf of the Francophone Community Health Centre Hamilton/Niagara, Mr. Marcel Castonguay; and on behalf of Foyer Richelieu, Mr. André Tremblay.

Russ Findlay, Chair, Welland Accessibility Advisory Committee: Two years ago, I had the thrill of being a presenter before the provincial legislature's Standing Committee on Social Policy when it was in its public input phase for the Accessibility for Ontarians with Disabilities Act. This is equally thrilling for me.

In my submission to you, I tried to provide you with only new information, and that information from the perspective of a person with a disability.

In recent months, I have been preaching the same message to anyone who will listen. The message is that as a society we have readily come to accept the fact that as seniors age, they often develop disabilities, but too often overlooked is the fact that people with disabilities do become seniors. As such, planning for support, services, programs, facilities — like the one we are sitting in — is often overlooked for that segment of society, 5 million of us, according to the most recent Participation and Activity Limitation Survey, PALS. That is the Statistics Canada survey that identifies a disability as one that limits a person's participation in the activities of daily living.

However you view my remarks and submissions, there is one overlying problem, and I am sure you will see it all across Canada, and it is a problem of equality.

semble savoir quels sont ces projets; le Fonds de partenariat pour les femmes, qui fait partie intégrante des programmes gouvernementaux actuels et qui vise à mobiliser des organismes admissibles et des organismes publics dans le cadre de projets qui visent à répondre aux besoins des femmes.

L'argent a été renvoyé, et du financement a été ajouté, mais l'objectif général, la défense des intérêts, le lobbying auprès du gouvernement et les projets de recherche — tout cela a changé pour la nouvelle orientation.

Mme McGillivray : Nous sommes un groupe de défense des intérêts. Nous ne pourrions pas non plus obtenir un numéro d'organisme caritatif puisque nous sommes un groupe de défense des intérêts et que nous nous occupons seulement des femmes. C'est comme si nous n'existions pas.

La présidente : J'aimerais tous vous remercier d'être venus nous parler cet après-midi.

Mesdames et messieurs, nous entendrons maintenant, au nom du Comité consultatif sur l'accessibilité de Welland, M. Russ Findlay; au nom du Centre d'activités des aînés de Rose City, notre hôte cet après-midi, que j'aimerais remercier de grand cœur, M. John Rose; pour le Comité consultatif des aînés de la Ville de Welland, M. Doug Rapelje; pour le Centre de santé communautaire francophone Hamilton/Niagara, M. Marcel Castonguay, et au nom du Foyer Richelieu, M. André Tremblay.

Russ Findlay, Comité consultatif sur l'accessibilité de Welland : Il y a deux ans, j'ai eu le plaisir de comparaître devant le Comité permanent de la politique sociale de l'assemblée législative provinciale quand il cherchait à obtenir l'avis du public sur la Loi sur l'accessibilité pour les personnes handicapées de l'Ontario. Je suis tout aussi heureux de comparaître devant vous aujourd'hui.

Dans mes observations, j'ai tenté de seulement vous fournir de nouveaux renseignements, et ce, du point de vue d'une personne handicapée.

Depuis quelques mois, je tente d'inculquer un message à tous ceux qui veulent l'entendre. Ce message est le suivant : en tant que société, nous en sommes venus à accepter que, à mesure que les personnes âgées vieillissent, elles sont souvent atteintes d'un handicap, mais, trop souvent, nous oublions que les personnes handicapées deviennent, elles aussi, des personnes âgées. Nous omettons souvent de prévoir un soutien, des services, des programmes, des installations — comme l'endroit où nous sommes assis — pour ce segment de la société, qui, selon la plus récente Enquête sur la participation et la limitation d'activités (EPLA), compte cinq millions de personnes. L'EPLA est une enquête menée par Statistique Canada et qui définit un handicap comme quelque chose qui limite la participation d'une personne aux activités de la vie quotidienne.

Cependant, si vous lisez mes observations, vous constaterez qu'il y a un problème sous-jacent, et je suis certain que vous le verrez dans tout le Canada; il s'agit d'un problème d'égalité.

If you draw a line in Ontario through York Region, north of Toronto, the have-nots are north and the haves are south. I say that in the context of services and supports for persons with disabilities. Many people migrate to the south because of the availability of services and supports, but not all people do. Those people who choose to live north of this line are forced to live, as they age, without the supports and services that we, in the south, have come to expect and that are readily available.

I believe that Human Resources and Social Development Canada has a role to play in equalizing these disparities across the province. I am sure you will see the disparities all across Canada.

It is not realistic to expect that, in an attempt to equalize supports and services, every municipality would have a centre such as this. However, I think it is realistic to expect a regional model for service and support delivery, one that may be a traveling road show that goes out to municipalities for a number of days, perhaps a week, and offers the much needed services to seniors with disabilities in those municipalities.

That ends my few minutes of opening remarks, senators. I hope you have some questions on my submission.

John Rose, Vice-Chair, Rose City Seniors Activity Centre: The Rose City Seniors Activity Centre, I have to say, is definitely the activities centre. We keep everybody moving. People have come here wanting to rent a room overnight, and some have thought this was a bed and breakfast, and we have had to explain to them that is a seniors' activity centre. I must say that Rose City Seniors Activity Centre is not named after me.

It is a privilege to have this committee come to Welland and start your campaign here. I understand you are going right across the country, to B.C. and all over the place. It is a privilege to have you people here.

I hope you had the opportunity to tour our centre. We are very proud of this centre. It is noted all over Ontario. We have been to Guelph to look at theirs, and they have a beautiful one there, but we do not take a back seat to them or anybody else.

Most of our people are volunteers, even our kitchen. I think you enjoyed your meal. That was made by our staff who help here in our kitchen, cook and everything. They cook their own meals and bake their own pies.

We have so many members that we are now of expanding the centre. We hope the shovel goes in the ground this fall or early next year.

Si vous tracez une frontière en Ontario à travers la région de York, au nord de Toronto, vous verrez que les démunis se trouvent au nord de cette frontière, et les nantis, au sud. Je dis cela dans le contexte des services et du soutien pour les personnes handicapées. De nombreuses personnes s'installent au sud en raison de la disponibilité des services et du soutien, mais ce n'est pas le cas de tout le monde. Ceux qui choisissent d'habiter au nord de cette frontière sont forcés de vivre, à mesure qu'ils vieillissent, sans le soutien et les services que nous, au sud, tenons pour acquis, car ils sont toujours disponibles.

Je crois que Ressources humaines et Développement social Canada a un rôle à jouer dans la disparition de ces disparités d'une région à l'autre de la province. Je suis certain que vous pourrez voir ces disparités dans tout le Canada.

Il n'est pas réaliste de penser qu'on pourra fournir un soutien et des services équitables en construisant un centre comme celui-ci dans chaque municipalité. Toutefois, je pense qu'il est réaliste de demander un modèle régional pour la prestation de services et le soutien, qui pourrait prendre la forme d'un service itinérant qui s'installe dans chaque municipalité pendant un certain nombre de jours ou pendant une semaine, et qui offre aux personnes âgées handicapées dans ces municipalités les services dont ils ont tant besoin.

Voilà ce qui termine ma déclaration préliminaire de quelques minutes, mesdames et messieurs. J'espère que vous me poserez des questions sur mes observations.

John Rose, vice-président, Centre d'activités des aînés de Rose City : Je dois dire que le Centre d'activités des aînés de Rose City est définitivement un centre d'activités. Nous faisons bouger tout le monde. Il y a des gens qui sont venus ici pour louer une chambre pour la nuit, et certains ont cru qu'il s'agissait d'une chambre d'hôtes. Nous avons dû leur expliquer qu'il s'agit d'un centre d'activités pour aînés. Je dois dire que le Centre d'activités des aînés de Rose City ne prend pas son nom de moi.

Le fait que votre comité soit venu à Welland pour commencer sa campagne ici est un privilège pour nous. J'ai entendu dire que vous voyagerez partout dans le pays et irez jusqu'en Colombie-Britannique. C'est un privilège pour nous de vous accueillir ici.

J'espère que vous avez eu l'occasion de visiter notre centre. Nous en sommes très fiers. Ce centre est connu partout en Ontario. Nous sommes allés à Guelph et avons visité leur centre. Il est très beau, mais, parmi tous les centres en Ontario, nous tenons notre place.

La plupart des gens qui travaillent avec nous sont des bénévoles, même ceux qui sont dans la cuisine. Je pense que vous avez apprécié votre repas. Il a été préparé par notre personnel qui aide dans la cuisine en préparant les repas et en faisant un peu de tout. Ils préparent de bons plats maisons et font leurs propres tartes.

Nous avons tellement de membres que nous envisageons d'agrandir le centre. Nous espérons que les travaux commenceront cet automne ou au début de l'année prochaine.

We charge only \$21 a year for a member to belong here — \$21 a year for everything that goes on here. We are not in the process of making money; we are in the process of keeping people active. You will notice there are no television sets in this building. We do not want them to come here and sit and watch television. They are active.

I will mention a few of the activities we do here. We have five-pin bowling in a bowling alley we rent, 500 cards, billiards, book club, bingo, bridge, carpet bowling, jacks, computer club, and country and western bands. We have three bands that practise here all the time. In fact, there is a dance tonight. We also have cribbage, darts, dances. The 50-plus variety drama club has two shows a year, and this place is packed. We have Euchre, Rummoli, Scrabble, a sewing circle, quilting, shuffleboard, Tai Chi, Velvetones, woodworking, woodcarving.

As you can see, we do not stand still. We are doing something. We want to keep the senior citizens active, and that is what we do.

The book that we were sent to look through to see what we thought or could add to it took me about three hours to read through. The advisory board of the Rose City Seniors Activity Centre had a meeting on that, and we came up with the following suggestions.

We are concerned about the lack of an adequate inter-city transportation system. The City of Welland no longer has a full complement of specialists in all health fields. With the centralization of specialists in various locations throughout the Niagara Region, there is no inter-city transportation system in place that would allow seniors who are no longer able to drive to keep out-of-town appointments. Many have different specialists in Port Colborne, St. Catharines or Niagara Falls, and they have to get to those appointments. With the advent of a new central health care facility in St. Catharines, it is even more important that this problem be addressed.

We feel that there should be compensation for people who are willing to become caregivers for love ones in their own homes. If, with permission from their doctor, people are willing to make that kind of sacrifice, it relieves strain on the health care system by freeing up beds and personnel at the hospitals. There should be some kind of compensation for people who make such a commitment.

We feel more thought should be given to helping seniors remain in their own homes. The rising cost of living, coupled with the fixed incomes of pensioners, is becoming a growing problem. Either there should be an added tax incentive for these seniors or the government needs to provide more subsidized housing for seniors.

Il ne coûte que 21 \$ par année pour être membre ici — 21 \$ par année pour tout ce qui se passe ici. Notre objectif n'est pas de faire de l'argent; notre objectif est de permettre aux gens de demeurer actifs. Vous remarquerez qu'il n'y a aucun téléviseur dans cet immeuble. Nous ne voulons pas que les gens viennent ici, s'assoient et regardent la télévision. Ils sont actifs.

J'aimerais mentionner quelques-unes des activités que nous organisons. Nous avons des jeux de cinq quilles dans une salle de quilles que nous louons, des jeux de cartes, le 500, des joutes de billard, un club de lecture, des joutes de bingo et de bridge, du sport-boules d'intérieur, des jeux d'osselets, un club d'informatique, et des groupes de musique country et western. Il y a trois groupes de musique qui font des répétitions ici régulièrement. Ce soir, il y a une danse. Nous avons également des jeux de cribbage et de dards, et des danses. Le club de théâtre des 50 ans et plus organise deux spectacles par année, qui font salle comble. Nous avons des joutes de Euchre, de Rummoli et de Scrabble, un groupe de couture, de la courtepoinette, un jeu de galets, du Tai Chi, du chant et des activités de menuiserie et de sculpture sur bois.

Vous voyez donc que nous ne restons pas en place. Nous faisons des choses. Nous voulons que les personnes âgées demeurent actives, et c'est ce qu'elles font grâce au Centre.

Il m'a fallu environ trois heures pour lire le livre qu'on nous a envoyé et qu'on nous a demandé de commenter. Le conseil consultatif du Centre d'activités des aînés de Rose City a tenu une réunion à ce sujet, et nous y avons formulé les suggestions suivantes.

Nous sommes préoccupés par l'absence d'un réseau de transport interurbain adéquat. La ville de Welland ne dispose plus d'une gamme complète de spécialistes de tous les domaines de la santé. Il y a une centralisation de spécialistes à divers endroits de la région de Niagara, mais aucun réseau de transport interurbain n'est en place pour permettre aux aînés qui ne peuvent plus conduire de se rendre à des rendez-vous à l'extérieur de la ville. Bon nombre d'entre eux consultent des spécialistes à Port Colborne, à St. Catharines ou à Niagara Falls, et ils doivent se rendre à ces rendez-vous. Compte tenu de l'arrivée d'une nouvelle installation centrale de soins de santé à St. Catharines, il est encore plus important de trouver une solution au problème.

Nous croyons que les personnes qui sont prêtes à devenir des aidants naturels à la maison, pour des êtres chers, devraient être dédommées. Les personnes qui acceptent de faire de genre de sacrifice et obtiennent l'autorisation de leur médecin à cet égard allègent le fardeau du système de santé en libérant des lits et du personnel. Il devrait y avoir une forme de dédommagement pour les personnes qui prennent un tel engagement.

Nous croyons qu'il faudrait étudier de façon plus approfondie des façons d'aider les aînés à rester à leur domicile. La hausse du coût de la vie et le revenu fixe des retraités représentent un problème croissant. Le gouvernement devrait offrir d'autres encouragements fiscaux à ces aînés ou fournir davantage de logements subventionnés aux personnes âgées.

I had the experience of home care. My mother-in-law was in the hospital and my wife went up three times a day, morning, noon and night. She did that for about five weeks. Finally, she asked the doctor if she could take care of her mother at home. He said, "Why not?" and signed the papers, and we took her home. She felt relieved being at home with her daughter. We had her for a year and a half before she passed away.

I cannot see why more of that cannot be done to relieve beds in the hospital. It also saves your family from going back and forth to the hospital so often. That is just my experience. That is all I have to say. Thank you for listening.

Doug Rapelje, Representative, Senior Citizens Advisory Committee to the City of Welland: Thank you, senators, for the opportunity to make this presentation.

I would like to give you a little of my background, because many of the comments that I want to make are related to the experiences I have had.

I have spent my career in Niagara working with and for seniors for more than 40 years. I am a former director of the Social Services and Senior Citizens Department of the Regional Municipality of Niagara. I had the privilege of chairing the Ontario Advisory Council on Seniors Citizens and served for six years on the National Advisory Council on Aging.

Presently, I am a member of Veterans Affairs Canada's Gerontological Advisory Council, which for me has been a most rewarding experience. I am a board member of the Institute of Aging, one of the 13 institutes that make up the Canadian Institutes of Health Research. I am a member of the mayor's new Senior Citizens Advisory Committee. For the past 12 years I have served with the Alzheimer Society of Niagara Region, and presently I chair the Alzheimer Society Niagara Foundation. Besides that, I am retired.

My presentation will be a bit of a smorgasbord. In the time allowed, I would like to highlight ways to improve the quality of life for Canadian seniors.

The first time I had the chance to speak to a Senate committee was in front of Senator Croll. What a wonderful advocate for seniors that man was. I commend the federal government for appointing the Special Senate Committee on Aging. Your report identifies many of the issues but, because I have lived as long as I have, I know that some of the issues have been around for a very long time.

As we look at the demographics and the arrival of the baby boomers, I question whether our health, social services, and housing will be ready to meet their needs. I say this as we seem to be struggling to provide the adequate and needed services today.

J'ai vécu l'expérience des soins à domicile. Ma belle-mère était à l'hôpital, et ma femme allait la visiter trois fois par jour, le matin, l'après-midi et le soir. Elle a fait cela pendant environ cinq semaines. Au bout du compte, elle a demandé au médecin si elle pouvait prendre soin de sa mère à la maison. Il a répondu : « Pourquoi pas? », et a signé les documents. Nous avons ramené ma belle-mère à la maison. Elle s'est sentie soulagée de se retrouver à la maison avec sa fille. Nous l'avons eue avec nous pendant un an et demi avant qu'elle ne décède.

Je ne vois pas pourquoi cela ne pourrait pas se faire plus souvent pour libérer un plus grand nombre de lits dans les hôpitaux. De plus, les membres de la famille n'ont pas besoin de faire et de refaire le trajet entre l'hôpital et la maison. Cela n'est que mon expérience. C'est tout ce que j'ai à dire. Merci de m'avoir écouté.

Doug Rapelje, représentant, Comité consultatif des aînés de la Ville de Welland : Mesdames et messieurs, j'aimerais vous remercier de me permettre de faire cet exposé.

J'aimerais vous renseigner un peu sur mon parcours professionnel, car un grand nombre des commentaires que je veux faire sont liés à des expériences que j'ai eues.

J'ai travaillé avec les personnes âgées et pour elles pendant 40 ans à Niagara. J'ai été le directeur du ministère des Services sociaux et des Aînés pour la région de Niagara. J'ai eu le privilège de présider le Conseil consultatif de l'Ontario sur l'âge d'or. J'ai également siégé pendant six ans au Conseil consultatif national sur le troisième âge.

Je suis actuellement membre du Conseil consultatif de gérontologie du ministère des Anciens Combattants, ce qui, pour moi, a été une expérience des plus enrichissantes. Je siège au conseil d'administration de l'Institut du vieillissement, l'un des 13 instituts faisant partie des Instituts de recherche en santé du Canada. Je suis membre du nouveau Conseil consultatif du maire pour les aînés. Depuis 12 ans, je travaille avec la Société Alzheimer de la région de Niagara, et je suis actuellement le président de la Fondation Alzheimer du Niagara. À part cela, je suis à la retraite.

Mon exposé sera en quelque sorte un pot-pourri. Pendant le temps alloué, j'aimerais mettre en évidence certaines manières d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées canadiennes.

La première fois que j'ai eu l'occasion de m'adresser à un comité sénatorial, c'était devant le sénateur Croll. Ce dernier a été un merveilleux porte-parole pour les personnes âgées. Je félicite le gouvernement fédéral d'avoir mis sur pied le Comité sénatorial sur le vieillissement. Dans votre rapport, vous mentionnez de nombreux problèmes, et, comme je suis vieux, je sais que certains de ces problèmes existent depuis très longtemps.

Quand je considère les données démographiques et l'arrivée des baby-boomers, je me demande si nos services sociaux, de santé et de logement pourront répondre à leurs besoins. Je dis cela parce que nous semblons avoir de la difficulté à fournir les services adéquats qui sont nécessaires aujourd'hui.

There will be more of an impact on Niagara, because there is a debate as to whether Victoria or Niagara has the highest percentage of older people. For Niagara it becomes even a greater problem.

I agree with your report that healthy aging does not start at age 65. We need to promote healthy aging and support centres like this one that will encourage seniors to remain active and involved and will prevent or delay the need for expensive care, allowing seniors to enjoy a better quality of life.

This centre is a role model for seniors. I have visited centres all across this country, including the Kerby Centre in Calgary, and I want to tell you that this city is very proud of Mr. Rose and all the people here who do such a wonderful job promoting healthy aging.

Health promotion and health prevention have to be a high priority on the federal government's agenda, especially as again we look at the demographics.

The Institute of Aging has as one of its top priorities research in the area of mobility, which Mr. Findlay will be interested in, so we better understand how to remain independent longer. I think that will be exciting research.

Serving on the board of the Institute of Aging, we are producing important research funded by the federal government, but we need to make better use of it to better serve senior Canadians. The federal government could help promote health research knowledge transfer. This is one of the priorities of the council. I was a little leery of joining this board because I am not a researcher; I worked in the trenches all my life, but I guess they invited me because they wanted a couple of people from the real world.

I see we have a researcher up here. I am so impressed with the research that is being done, but as a layman I am very concerned about our inability to transfer that important information to the right people so that it brings about change.

I suggest to this committee that we look for ways to insist that researchers write summaries that laypersons understand. Research is a language of its own. It is not Canadian. I think that is an important area, because there is wonderful information that never gets used, never gets to the right people.

The Institute of Aging held regional senior workshops on research that identified many issues presented by seniors and professionals. You may have that, but if not, I left a copy for you.

Il s'agira d'un problème encore plus important à Niagara, car avec Victoria, elle compte le plus haut taux de personnes âgées au pays. Le problème s'en va donc en s'aggravant à Niagara.

Je suis d'accord avec vous quand vous dites, dans votre rapport, que vieillir en santé, ça ne commence pas à 65 ans. Nous devons promouvoir la santé des personnes âgées et les centres de soutien, comme celui-ci, qui encourageront les personnes âgées à demeurer actives et qui préviendront ou retarderont le recours à des soins coûteux, en permettant aux aînés d'avoir une meilleure qualité de vie.

Ce centre est un modèle à suivre. J'ai visité des centres pour personnes âgées dans diverses régions du pays, y compris le centre Kerby, à Calgary, et je voudrais dire que les habitants de cette ville sont très fiers de M. Rose et de toutes les personnes ici qui font un très bon travail et qui encouragent les personnes âgées à demeurer en santé.

Le gouvernement fédéral doit accorder une grande priorité à la promotion de la santé et à la prévention, surtout lorsqu'on tient compte de notre situation démographique.

L'Institut du vieillissement a fait de la recherche dans le domaine de la mobilité une de ses grandes priorités. C'est un sujet qui intéresse également M. Findlay. Il est important de mieux comprendre comment demeurer autonome plus longtemps. Je crois qu'il s'agit de recherches passionnantes.

En tant que membres du conseil d'administration de l'Institut du vieillissement, nous réalisons d'importantes recherches qui sont financées par le gouvernement fédéral, mais nous devons en faire un meilleur usage afin de mieux servir nos aînés. Le gouvernement fédéral pourrait aider à promouvoir l'application des connaissances acquises par la recherche. C'est une des priorités du conseil. J'ai hésité avant de me joindre à ce conseil d'administration parce que je ne suis pas un chercheur; j'ai travaillé au front toute ma vie, mais je suppose qu'ils m'ont invité parce qu'ils voulaient quelques personnes qui avaient travaillé sur le terrain.

Je vois qu'il y a un chercheur ici aujourd'hui. Je suis très impressionné par la recherche qui est faite, mais, en tant que profane, je suis très préoccupé par notre incapacité de communiquer cette information importante aux personnes appropriées pour provoquer des changements.

Je suggère au comité d'explorer les manières d'insister pour que les chercheurs rédigent des sommaires que les profanes peuvent comprendre. La recherche est associée à une langue particulière. Ce n'est pas une langue canadienne. Je pense qu'il s'agit d'une question importante parce qu'il y a de l'information très pertinente qui n'est jamais utilisée, car elle ne se rend jamais aux personnes appropriées.

L'Institut du vieillissement a tenu des ateliers régionaux sur de la recherche qui a soulevé de nombreux problèmes. Ces ateliers ont été présentés par des personnes âgées et des professionnels. Il se peut que vous ayez déjà cette information, mais je vous en laisse une copie au cas où vous ne l'auriez pas vue.

I have been impressed with the positive impact that the Veterans Independence Program has had in supporting veterans and spouses in their homes, doing housekeeping, home maintenance, transportation, home care, and so on. Of all the programs I have seen over my long involvement with seniors, this to me has been one of the most impressive, and I commend Veterans Affairs Canada and the federal government for supporting that program.

A study of three communities saw waiting lists for veterans waiting to go into long-term care drop by 90 per cent because of the VIP program. As Mr. Rose was just saying, I do not think there is any question that these programs work if they are available, and they do allow people to stay in their own homes and in their community longer. This program would greatly assist all seniors across Canada and should be implemented by the federal government. The evidence is there.

I have been impressed with the World Health Organization's Global Age - Friendly Cities Project. I know you heard about that earlier this morning. It has been initiated in four cities in Canada, Welland being the largest, and, as you know, some 30 countries. I am hoping that we will see this promoted in Canada. I suggest the federal government promote it in all communities across the country, because the concept would improve our communities for seniors. As the program guide states, "An age-friendly city encourages active ageing by optimizing opportunities for health, participation and security in order to enhance quality of life as people age."

I believe we must emphasize positive aging. It is so easy to dwell on the negative aspects of aging. We need to start talking about the positive sides of aging.

As I said, I worked for over 40 years in long-term care and community care. I commend our efforts to shift more of our resources to community care, but at the same time, more will be need in long-term care. To give you an example, I started working in this city as an administrator at 22 or 23 years of age at a home for the aged. When I started in 1954, the average age was 72, and when I retired, it was 86. That is positive, because along the way, we brought in supportive housing, community programs and preventative care, and our health care improved. I think we have the evidence that community care works, and works well.

In Ontario, we just completed building 20,000 new long-term care beds, and I understand that already we have nearly that many on waiting lists in Ontario.

The standards and the quality of care continue to be an issue. Studies have shown major differences in standards and funding from one province to another, and I am sure you saw the study

J'ai été impressionné de voir à quel point le Programme pour l'autonomie des anciens combattants a permis de maintenir à domicile les anciens combattants et leurs conjoints grâce aux services d'entretien ménager, de transport, de soins à domicile, et cetera. Parmi tous les programmes pour personnes âgées que j'ai vu apparaître au cours des années, il s'agit de l'un des plus impressionnants, et je félicite le ministère des Anciens Combattants et le gouvernement fédéral, qui a appuyé ce programme.

Selon une étude réalisée dans trois collectivités, la liste d'attente pour des soins de longue durée a diminué de 90 p. 100 grâce au PAAC. Comme vient de le dire M. Rose, je ne crois pas que l'on puisse douter de l'efficacité de ces programmes quand ils sont disponibles, car ils permettent aux gens de demeurer chez eux et au sein de leur collectivité pendant plus longtemps. Voilà un programme qui aiderait énormément l'ensemble des aînés au Canada et que le gouvernement fédéral devrait mettre en œuvre. Son efficacité est prouvée.

J'ai été impressionné par le Guide mondial des villes-amies des aînés de l'Organisation mondiale de la santé. Je sais que vous en avez entendu parler ce matin. Ce projet a été lancé dans quatre villes canadiennes, dont Welland est la plus grande, et, comme vous le savez, dans quelque 30 pays. J'espère que le Canada fera valoir ce projet. Je suggère que le gouvernement fédéral en fasse la promotion dans toutes les collectivités du pays parce que le concept améliorerait nos collectivités pour les personnes âgées. Comme l'indique le guide du programme : « Une ville-amie des aînés encourage le vieillissement actif en optimisant la santé, la participation et la sécurité des citoyens âgés, pour améliorer leur qualité de vie. »

Je pense qu'il faut favoriser le vieillissement positif. Il est si facile de voir les côtés négatifs de vieillissement. Nous devons commencer à discuter de ses côtés positifs.

Comme je l'ai dit, j'ai travaillé plus de 40 ans dans le domaine des soins de longue durée et des soins de santé communautaire. Je loue les efforts que nous déployons pour transférer davantage de nos ressources vers les soins de santé communautaire, mais en même temps, plus de gens auront besoin de soins de longue durée. Pour vous donner un exemple, j'ai commencé à travailler dans cette ville en tant qu'administrateur dans un foyer pour personnes âgées à l'âge de 22 ou de 23 ans. Quand j'ai commencé ce travail, en 1954, l'âge moyen des résidents était de 72 ans, et, quand j'ai pris ma retraite, il était de 86 ans. Il s'agit d'un changement positif parce que, au fil du temps, on a créé des logements avec services de soutien, des programmes communautaires et des soins préventifs. De plus, les soins de santé que nous offrons se sont améliorés. Je pense que nous avons la preuve que ça fonctionne bien.

En Ontario, on vient à peine de créer 20 000 nouveaux lits de soins de longue durée, et je crois comprendre qu'un nombre presque équivalent de personnes sont déjà inscrites sur des listes d'attente.

Les normes et la qualité des soins demeurent un problème. Des études montrent que les normes et le financement varient énormément d'une province à l'autre. Je suis certain que vous

three or four years ago that compared not only our provinces but also some of the American states. Unfortunately, Ontario was 10 out of 10.

To answer your question, yes, we do need national standards for home care and long-term care. Canadians are Canadians, and seniors living in different provinces should be assured of the same quality of care across this country. The federal government could play an important role in helping to develop uniform standards and funding, resulting in a system that assures all seniors quality and standard care across the country.

On the important task of dealing effectively with senior abuse, we need to be clear on what we mean by “abuse” and recognize that it exists in the community and in care facilities. Your report that states that long-term care facilities face new challenges and that care is more complex. I agree with that, and I believe abuse is often the outcome of frustration on the part of caregivers.

There is a need to enhance end-of-life care. In Niagara, palliative care programs are being promoted. Two hospice facilities opened recently. I spoke at a meeting a couple of months ago where we were talking about end of life. Someone in the audience asked me if I am afraid of dying. I said that I am not afraid of dying, but I am afraid of how I will die. Palliative care can really help that part of our life.

We need to look for ways to help seniors who live below the poverty line, because those on fixed incomes and those trying to make ends meet are struggling as costs increase. Gas, food, taxes — the increases in the last month or two alone are hard to fathom. You have to wonder whether more people are falling below the poverty line. When I served on the National Advisory Council on Aging, poverty among the elderly was one of our major concerns.

We need to protect retirement funds so that seniors are assured that pension plans they pay into are safe and there for them after a lifetime of work. We have had some devastating situations in this region of people who retired thinking they had a pension and all of a sudden they were told that it would be decreased by 30 per cent, or when they go to collect their pension, it is not there.

I am pleased your report identified caregiver leave, and I am sure that Marge Dempsey talked about it this morning. Many people have little choice but to be caregivers. They are unpaid and often face job loss because of their caregiving role. This has been

avez vu l'étude qui a été menée il y a trois ou quatre ans et qui comparait les provinces non seulement entre elles, mais également avec certains États américains. Malheureusement, parmi les dix régions à l'étude, l'Ontario était au dernier rang.

Pour répondre à votre question : oui, il faut établir des normes nationales en matière de soins à domicile et de longue durée. Un citoyen canadien est le même partout; les citoyens âgés de toutes les provinces devraient bénéficier de la même qualité de soins d'un bout à l'autre du pays. Le gouvernement fédéral pourrait jouer un rôle de premier plan dans l'établissement de normes uniformes et d'un cadre de financement pour créer un système qui assurera aux aînés des soins normalisés de qualité partout au pays.

En ce qui concerne la tâche importante qui consiste à régler de manière efficace le problème des mauvais traitements infligés aux aînés, nous devons tout d'abord clarifier ce qu'on entend par « mauvais traitements » et reconnaître qu'ils existent, dans la collectivité et dans les établissements de soins de santé. Dans votre rapport, vous affirmez que les établissements de soins de longue durée ont de nouveaux défis à relever et que les soins à dispenser sont plus complexes. Je suis d'accord avec vous, et je crois que les mauvais traitements sont souvent dus à la frustration des soignants.

Il faut améliorer les soins de fin de vie. À Niagara, les programmes de soins palliatifs sont à l'ordre du jour, et deux centres de soins palliatifs ont ouvert leurs portes récemment. Il y a quelques mois, j'ai prononcé un discours dans le cadre d'une rencontre où nous discutons de ce sujet. Une personne qui était présente m'a demandé si j'avais peur de mourir. J'ai répondu que je n'avais pas peur de la mort, mais que j'avais peur de la manière dont j'allais mourir. Les soins palliatifs peuvent nous aider à traverser cette étape.

Nous devons trouver des moyens pour aider les aînés qui vivent en dessous du seuil de la pauvreté. Ceux qui ont un revenu fixe et qui peinent à joindre les deux bouts sont aux abois lorsque les prix augmentent. L'essence, la nourriture, les taxes — les augmentations des deux derniers mois seulement sont difficiles à supporter. Nous devons nous demander si un plus grand nombre de personnes tombent en dessous du seuil de la pauvreté. Quand j'étais membre de la Division du vieillissement des aînés, la pauvreté parmi les personnes âgées était l'une de nos préoccupations majeures.

Nous devons protéger les caisses de retraite pour nous assurer que les régimes de retraite auxquels les aînés ont contribué existent toujours et qu'ils puissent en profiter à la fin de leur vie active. Nous avons connu des situations pénibles dans notre région, où des personnes qui ont pris leur retraite pensaient qu'ils toucheraient une pension et ont soudainement appris que cette dernière serait réduite de 30 p. 100. Certains ont même appris qu'ils ne toucheraient aucune pension.

Je suis heureux que votre rapport aborde le problème des congés pour les soignants. Je suis certain que Marge Dempsey en a parlé ce matin. De nombreuses personnes jouent, malgré elles, le rôle de soignants. Elles ne sont pas rémunérées et perdent souvent

an important issue with the Alzheimer Society, and I think it is an issue across the country.

Injury prevention is important, and Veterans Affairs Canada developed an effective falls prevention program. With better-designed facilities, proper access and accident prevention programs, we can reduce injuries.

We need to enhance manpower training for individuals who work with the elderly and those who need special care, such as caring for people with Alzheimer's or the physically frail. Some feel we have reached a crisis in Ontario. As you have probably already heard, in this community we are understaffed by about 70 physicians. We have a shortage of nurses and other staff. I think all levels of government have to pay a lot of attention to this point.

With the demographics showing an increase in older people in Canada and with the challenges we face, we should have a federal ministry of seniors, a question you asked in your brief.

I would like to say something about volunteers. We have 6.5 million volunteers, 1.1 billion hours, and approximately 578,000 jobs. Non-profit organizations could not survive without volunteers. Government could not pay the value of volunteers. Therefore, I hope that we can look for ways to recognize volunteers, and I hope we can have a bit of discussion.

Unless I misinterpreted something from this morning, I have some real concern about paying volunteers in dollars. I think if you can help them with their gas costs and their expenses that is good.

We volunteer. My wife just received a pin for 50 years of volunteer work. She has never received a cent and never expected it. I think many volunteers would be offended if we thought they were doing it to be paid. They are doing it because they are caring people who want to make our communities better.

Finally, I want to commend the Mayor of Welland for setting up a Senior Citizens Advisory Committee to serve, in an advisory capacity, the city council and staff. That model maybe should be promoted across the country. We heard about a regional council this morning as well.

Niagara Region has initiated many innovative programs for seniors, which I am sure you heard about today, and this is a caring community. Thank you for your time.

leur emploi parce qu'elles doivent s'occuper d'un malade. Il s'agit d'un problème important sur lequel la Société Alzheimer s'est penchée, et je crois que cet enjeu touche des personnes d'un bout à l'autre du pays.

La prévention des blessures est également une question importante. Le ministère des Anciens Combattants a créé un Programme pour la prévention des chutes, qui fonctionne bien. Grâce à des établissements mieux conçus, à une meilleure accessibilité et à des programmes de prévention des accidents, il est possible de réduire le nombre de blessures.

Nous devons améliorer la formation des gens qui travaillent avec les personnes âgées et qui ont besoin de soins spécialisés, comme les victimes de la maladie d'Alzheimer ou les aînés en perte d'autonomie. D'aucuns croient que nous sommes en situation de crise en Ontario. Comme vous le savez probablement déjà, il manque environ 70 médecins dans notre collectivité. Il y a également une pénurie d'infirmières et d'autres travailleurs dans le domaine de la santé. Je pense que tous les échelons du gouvernement doivent porter une attention particulière à ce problème.

Avec les données démographiques qui montrent une population de plus en plus vieillissante et les défis que cela représente, nous devrions nous doter d'un ministère fédéral des Aînés. Je sais qu'il s'agit d'une question que vous avez posée dans votre mémoire.

J'aimerais dire un mot sur les bénévoles. Nous avons 6,5 millions de bénévoles, ce qui représente 1,1 milliard d'heures et environ 578 000 emplois. Les organisations sans but lucratif ne pourraient pas survivre sans les bénévoles. Le gouvernement ne pourrait pas rémunérer le travail accompli par ces bénévoles. Par conséquent, j'espère que nous pouvons réfléchir aux manières de reconnaître les bénévoles et que cela fera l'objet de discussions.

J'ai peut-être mal compris quelque chose qui a été dit ce matin, mais je suis véritablement préoccupé par la question de payer les bénévoles en dollars. Je pense que si nous pouvons les aider en assumant en partie les coûts de l'essence et leurs dépenses, cela serait bien.

Nous faisons du bénévolat. Mon épouse vient de recevoir une épinglette pour ses 50 ans de bénévolat. Elle n'a jamais touché un cent et n'a jamais rien demandé. Je pense que de nombreux bénévoles seraient offusqués si nous croyions qu'ils le font pour se faire payer. Ils le font parce qu'ils sont de bonnes personnes qui veulent venir en aide à nos collectivités.

Enfin, je tiens à féliciter le maire de Welland d'avoir mis en place le Comité consultatif des aînés, qui agit à titre de conseiller auprès du conseil municipal et de ses employés. Il s'agit d'un modèle qui devrait être adopté dans tout le pays. Nous avons également entendu parler d'un conseil régional ce matin.

La région de Niagara a lancé de nombreux programmes novateurs pour les personnes âgées, dont vous avez sûrement entendu parler aujourd'hui. C'est une collectivité qui prend soin des siens. Je vous remercie de votre temps.

The Chair: Thank you, Mr. Rapelje. Before I go to our next two presenters, I must say that you tweaked a number of memories for me.

My father, who was also a senator and who was from Nova Scotia, actually sat on Senator David Croll's committee on poverty. It was during that committee's cross-country meetings that my father had his first stroke, which left him totally paralyzed on one side of his body. Watching my father go through that, I got to understand something about living with disabilities. It also led to my interest in palliative care and then to my asking the Senate to give me this reference. Thus, it was not the federal government that initiated this study, it was the Senate of Canada that initiated this study.

Senator Cordy: With Senator Carstairs.

[Translation]

Marcel Castonguay, Director General, Community Health Centre Hamilton/Niagara: Thank you, Madam Chair. My name is Marcel Castonguay and I am the Director General of the Community Health Centre Hamilton/Niagara. With me is my colleague André Tremblay, who is the Director General of the Foyer Richelieu here in Welland.

I would like to start by giving you a brief explanation of what the Health Centre and the Foyer Richelieu are.

The Health Centre is an agency that offers primary care, a medical clinic, perinatal services, programs for managing and preventing chronic illnesses, nutrition programs, mental health services for adults and young people, settlement and integration services for newcomers and, more recently, home support services for seniors.

With our 60 health workers and professionals, we serve the francophone communities in the Hamilton and Niagara region. We have about 3,000 patients for our medical services, and last year our centre offered over 20,000 direct services to our clients and had over 21,000 participants at our community workshops on managing chronic illness, nutrition and other subjects.

Our centre belongs to a provincial network of about 55 health centres, only seven of which in the province are francophone: Hamilton/Niagara, where I am the Director General, Sudbury, Sudbury East, Témiscamingue, Kapuskasing, Toronto and Cornwall. Each of those centres covers an area much larger than the city where it is located, however. An example is Cornwall, which has five satellites of its own outside Cornwall.

Seventy-five percent of the medical clients of the Health Centre in Welland belong to our aging population. That figure is much lower for the Hamilton service point, and in May our Centre will open an access point in St. Catharines and another in Fort Erie.

La présidente : Merci, monsieur Rapelje. Avant de passer à nos deux prochains intervenants, je dois dire que vous m'avez rappelé de nombreux souvenirs.

Mon père, qui était également un sénateur et qui venait de la Nouvelle-Écosse, a siégé au comité sur la pauvreté du sénateur David Croll. C'est pendant l'une des rencontres du comité, qui parcourait le pays, que mon père a eu son premier ACV, qui l'a paralysé complètement du côté gauche. Le fait de voir mon père dans cet état m'a permis de comprendre ce que c'est que de vivre avec un handicap. Mon intérêt pour les soins palliatifs découle également de cet incident, et c'est pourquoi j'ai demandé au Sénat de nous saisir de cette question. C'est donc non pas le gouvernement fédéral qui a commandé cette étude, mais le Sénat du Canada.

Le sénateur Cordy : Avec le sénateur Carstairs.

[Français]

Marcel Castonguay, Directeur général, Centre de santé communautaire Hamilton-Niagara : Madame la présidente, je vous remercie. Je m'appelle Marcel Castonguay, directeur général du Centre de santé communautaire Hamilton-Niagara. Je suis accompagné de mon collègue, André Tremblay, qui est directeur général du Foyer Richelieu, situé à Welland.

J'aimerais commencer par vous donner une brève explication de ce que sont le Centre de santé et le Foyer Richelieu.

Le Centre de santé est un organisme qui offre des soins primaires, une clinique médicale, des services périnataux, des programmes en gestion et prévention de maladies chroniques et en nutrition, des services de santé mentale pour adultes et les jeunes, des services d'établissement et d'intégration pour les nouveaux arrivants et, plus récemment, les services d'appui à domicile pour les aînés.

Avec nos 60 intervenants et professionnels de la santé, nous desservons les communautés francophones de la région de Hamilton et du Niagara. Notre clientèle se chiffre à environ 3 000 patients pour nos services médicaux, et l'an dernier notre centre offrait au-delà de 20 000 services directs à notre clientèle en plus d'un taux de participation d'environ 21 000 à nos ateliers communautaires, sur des sujets comme la gestion de maladies chroniques ou la nutrition, et autres encore.

Notre centre fait partie d'un réseau provincial d'environ 55 centres de santé, dont seulement sept en province sont à caractère francophone : Hamilton-Niagara, dont je suis le directeur général, Sudbury, Sudbury-Est, Témiscamingue, Kapuskasing, Toronto et Cornwall. Chacun de ces centres couvre un territoire beaucoup plus large que la ville dans laquelle il est situé cependant. À titre d'exemple, je vous donnerais Cornwall, qui a quand même cinq satellites à l'extérieur de Cornwall.

Soixante-quinze pour cent de la clientèle médicale du Centre de santé à Welland reflète une population vieillissante. Ce chiffre est beaucoup plus bas pour le point de service de Hamilton et en mai, notre Centre ouvrira un point d'accès à St. Catharines et un autre à Fort Erie.

Since 1993, when the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care was reorganized, the mission of the Foyer Richelieu has been to provide accommodation and long-term care, with 60 long-term care beds and two respite beds. The residence also offers a room that has been specially set up for palliative care, to meet the needs of residents who are already in the residence at the end of their lives, along with a family room for their family members.

In June 1996, the Foyer Richelieu Welland was officially designated by the province of Ontario as an official provider of services in French.

The Foyer Richelieu provides continuous care, 24 hours a day, seven days a week, which is delivered by health care professionals. Staff at the Foyer Richelieu consist of over 75 health care employees and professionals, who deliver care to residents. The health care professionals form a multidisciplinary team that works with the medical director and pharmacist to develop care plans to meet each resident's needs.

In 2001, francophones 65 and over represented 5.3 per cent of the general Ontario population aged 65 and over, and 13.8 per cent of the total francophone population of the province. And I am talking about 2001. The figures are still about the same. We have not had a chance to get all the data from Statistics Canada.

Francophones 65 and over live mainly in eastern Ontario, 38.5 per cent, in northeastern Ontario, 27.5 per cent, and central Ontario, 23.9 per cent.

Women comprise 57.4 per cent of the 65 and over population. Nearly one third, 30.5 per cent, of francophones 65 and over are widowed, and so are living alone, and 82.8 per cent are women.

A majority of francophones 65 and over have a total income of about \$12,000 to \$24,999 per year, and 55.1 per cent of the people in that category are women.

These figures reflect what was said by the witnesses who spoke before us.

Other statistics are that 42.4 per cent of francophones 65 and over have less than a grade nine education. For Ontario as a whole, 33 per cent of francophones 65 and over are between 65 and 69 years old; 28.2 per cent are between 70 and 74; 21.3 per cent are between 75 and 79; 11.2 per cent are between 80 and 84; and 5.9 per cent are 85 or over.

Francophone women comprise 62.5 per cent of those 75 and over; 67.3 per cent of those 80 and over; and 70 per cent of those 85 and over. This is an aging population.

In Welland, the francophone population 65 and over is about 20.2 per cent of the total francophone population, while it is 13 per cent for the francophone population of the province as a whole.

These statistical data become crucially important when we are talking about aging and health care.

Depuis 1993, suite à la réforme du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, la mission du Foyer Richelieu est celle d'un établissement d'hébergement et de soins de longue durée d'une capacité de 60 lits de soins de longue durée et deux lits de répit. De plus, le foyer offre le service d'une chambre spécialement aménagée pour les soins palliatifs pour répondre aux besoins des résidents déjà en hébergement et en fin de vie, ainsi qu'un salon familial pour les proches.

En juin 1996, le Foyer Richelieu Welland a reçu sa désignation officielle de la province de l'Ontario en tant qu'organisme prestataire officiel de services en français.

Le Foyer Richelieu assure la continuité des soins 24 heures par jour, 7 jours semaine, par le biais de professionnels de la santé. Le personnel du Foyer Richelieu est composé de plus de 75 employés et professionnels de la santé qui assurent la prestation des soins aux résidents. Les professionnels de la santé forment une équipe multidisciplinaire qui travaille de concert avec le directeur médical et la pharmacienne pour assurer des plans de soins adaptés à chacun des résidents.

En 2001, les francophones âgés de 65 ans et plus représentaient 5,3 p. 100 de l'ensemble de la population ontarienne âgée de 65 ans et plus ainsi que 13,8 p. 100 de la population francophone totale de la province. Et je dis bien en 2001. Les chiffres sont à peu près encore les mêmes. On n'a pas eu la chance de sortir toutes les données de Statistique Canada.

Les francophones âgés de 65 ans et plus qui habitent surtout dans les régions de l'est, 38,5 p. 100; le nord-est, 27,5 p. 100, et le centre de l'Ontario, 23,9 p. 100.

Les femmes constituent 57,4 p. 100 de la population âgée de 65 ans et plus. Presque le tiers, 30,5 p. 100, des francophones de 65 ans et plus sont veufs, donc, vivent seuls, et 82,8 p. 100 sont des femmes.

La majorité des francophones âgés de 65 ans et plus ont un revenu total d'environ 12 000 \$ à 24 999 \$ par année. Les femmes de 65 ans et plus dans cette catégorie se chiffrent à 55,1 p. 100.

Ces chiffres reflètent la discussion qui a eu lieu avec les témoins qui nous ont précédés.

Autres statistiques, 42,4 p. 100 des francophones âgés de 65 ans et plus ont un niveau de scolarité inférieur à la neuvième année. Pour l'ensemble de l'Ontario, 33 p. 100 des francophones âgés de 65 ans et plus ont entre 65 et 69 ans; 28,2 p. 100 ont entre 70 et 74 ans; 21,3 p. 100 entre 75 et 79 ans; 11,2 entre 80 et 84 ans et 5,9 p. 100 de 85 et plus.

Les femmes francophones constituent 62,5 p. 100 des 75 ans et plus; 67,3 p. 100 des 80 ans et plus; et 70 p. 100 des 85 et plus. Donc, c'est une population âgée.

À Welland, la population francophone de 65 ans et plus se chiffre à environ 20,2 p. 100 de la population totale francophone comparativement à 13 p. 100 pour l'ensemble de la population francophone de la province.

Ces données statistiques prennent une importance capitale lorsque nous parlons du vieillissement et les soins de santé.

Some research done on health and aging among francophones in minority communities has identified three major barriers to access to services: cultural barriers, language barriers and socio-demographic barriers. I think we have to add a fourth, however: geographic barriers.

Because 66 per cent of the francophone population 65 and over lives in northeastern and eastern Ontario, where there is a shortage of health care services in some communities, and 23.9 per cent live in central Ontario, where there is a shortage of health care services in French, it is readily apparent that the aging francophone population does not have tremendous access to health care services in French.

To expand access to these services for the francophone population, we need to know more about the barriers facing francophones in planning services. We also need to have greater access to information about the health of the francophone population so we can have better planning of these services.

In our view, these two factors or components are missing from the health care system at present. This may be a message for the researcher with the Senate committee. A lot of research has been done into aging and health, but little research has been done into the health of francophones in Ontario or in Canada.

This is a glaring flaw. When initiatives by the federal and provincial governments are brought forward, some basis in research is called for to justify spending money or demonstrate the problems that the initiatives are trying to address, and the research is really just not there. So the initiatives are often very difficult to justify.

Knowing that a majority of the population 65 and over lives in rural areas and a majority of the population under 65 lives in urban areas, we are led to conclude that the natural caregivers, who are needed if people are to be able to live where they choose as they age, are not available. So we have to ask: does a francophone senior have the same freedom to choose to live in familiar surroundings as he or she ages?

These natural caregivers, along with a receptive system that is capable of meeting their needs, are particularly important when we consider that in some cases chronic illness is the reason why people lose the ability to live where they choose.

It is important to examine the cultural tradition of the health care system more closely if we want to give people this option. We have to stop looking at the traditional institutions as the only alternatives that allow for the aging process to occur in safe surroundings.

Certaines recherches sur la question de la santé et du vieillissement des francophones en milieu minoritaire identifient trois obstacles majeurs à l'accessibilité des services : les barrières culturelles, les barrières linguistiques, et les barrières sociodémographiques. Cependant, je pense qu'il faut en ajouter une quatrième soit les barrières géographiques.

Puisque 66 p. 100 de la population francophone âgée de 65 ans et plus se trouve dans le nord-est et l'est de l'Ontario, où il y a une pénurie de services de santé dans plusieurs communautés et que 23,9 p. 100 vivent dans le centre de l'Ontario où il existe une pénurie de services de santé en français, il est facile de conclure que la population francophone vieillissante ne jouit pas d'un très grand accès aux services de santé en français.

Afin d'accroître l'accès à ces services pour la population francophone, il devient nécessaire de connaître davantage les barrières auxquelles font face les francophones dans la planification des services. Il devient aussi nécessaire d'avoir un plus grand accès à l'information sur la question de la santé des francophones afin de pouvoir effectuer une meilleure planification de ces services.

Selon nous, ces deux éléments ou composantes sont présentement absents du système de santé actuel. C'est peut-être un message pour le chercheur qui accompagne le comité sénatorial. Il y a beaucoup de recherches qui ont été faites sur le vieillissement et la santé, mais il y en a très peu qui existent sur la question de l'état de santé des francophones en province ou au Canada.

C'est un manque flagrant. Lorsque des initiatives gouvernementales du fédéral et de la province sont présentées, on demande une certaine base de recherche pour justifier les dépenses des argentés ou des problématiques auxquelles les initiatives essaient de s'adresser, la recherche est vraiment absente. Donc, les initiatives sont souvent très difficiles à justifier.

Sachant que la majorité de la population de 65 ans et plus vit en milieu rural et que la majorité de la population de moins de 65 ans vit en milieu urbain, ceci nous amène à conclure que les aidants naturels, qui sont nécessaires pour permettre aux gens de vieillir dans le milieu de leur choix, ne sont pas disponibles. Donc, il faut se poser la question : est-ce que la personne âgée francophone profite du même libre choix de vieillir dans un milieu qui lui est familier?

Ces aidants naturels ainsi qu'un système réceptif, capable de répondre à leurs besoins, sont d'autant plus importants lorsque nous considérons que dans plusieurs cas, c'est la présence de maladie chronique qui fait que les gens perdent la capacité de vieillir dans un lieu de leur choix.

Il importe d'examiner de plus près la culture traditionnelle du système de soins si nous voulons permettre cette option aux gens. Nous devons cesser de voir les institutions traditionnelles comme les seules alternatives capables de permettre le processus de vieillissement dans un milieu sécuritaire.

Public policy has to start looking more closely at community-based alternatives in order to determine how communities can transform the system of health care currently available for an aging population.

The federal, provincial and territorial governments have to play a leadership role and they will have to jointly facilitate the development of community programs by which the role of the professional institutions, which the traditional institutions previously played, can be performed. For example, communities could put more programs in place to provide assisted housing or create home support programs, and find innovative solutions to meet chronic needs for transportation and recreation among our aging populations. To do that, governments will have to not only encourage, but also reward innovation in this area. Community organizations that want to develop innovative solutions are faced with a chronic lack of funding. It would be good to see federal programs like New Horizons generating funding sources that could be used to put new initiatives in place.

The existing system focuses too much on chronic programs and largely deals only with those people who are able to access the system. At present, very little is done in terms of prevention and education. While that is true for the population as a whole at present, the problem is even more acute for francophones. There are very few good programs in French for prevention or for management of chronic illness, and few good patient education material in French. There is also very little data on the health of francophones, but decisions are often made based on projections. Institutions like hospitals have a role to play in the communities, but they are not the only solutions for all of the challenges.

The paradigm has to change if we are to establish a system based on targeted populations, a system that coordinates the work of various interconnected partners that agree to take responsibility for health care as a whole, and in which the patient is seen as a partner rather than a mere user. In other words, we have to have a real paradigm shift.

We know that 66 per cent of the general population has a chronic illness, that 55 per cent have more than two different chronic conditions, that 80 per cent of primary care visits relate to a chronic condition, and that 67 per cent of hospital admissions in Ontario relate to chronic conditions. We believe it is possible to reduce those numbers.

But those services must be available in French, to meet the needs of francophone communities.

We have a few recommendations and a bit of wishful thinking. I will begin by saying that the decision makers have to start by becoming more knowledgeable about the barriers and challenges facing francophones and incorporating those realities into the process when planning services.

La politique publique doit commencer à examiner de plus près les alternatives communautaires afin de déterminer comment les communautés peuvent transformer le système de soins disponibles à une population vieillissante.

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent jouer un rôle de leadership et devront faciliter conjointement le développement de programmes communautaires permettant de transformer le mandat des institutions professionnelles que les institutions traditionnelles jouaient auparavant. Par exemple, les communautés pourraient mettre sur pied un plus grand nombre de programmes de logements avec services de soutien ou encore des programmes de soutien à domicile et trouver des solutions novatrices pour répondre aux besoins chroniques de transport et de récréation pour nos populations vieillissantes. Pour ce faire, les gouvernements devront non seulement encourager, mais aussi récompenser l'innovation dans ce domaine. Les organismes communautaires qui désirent développer des solutions novatrices font face à un manque chronique de financement. Il serait bon de voir des programmes fédéraux comme Nouveaux Horizons générer des sources de financement permettant de mettre sur pied de nouvelles initiatives.

Le système actuel est encore trop axé sur les problèmes chroniques et traite en grande partie seulement ceux qui réussissent à accéder au système. Présentement, très peu est fait au niveau de la prévention et de l'éducation. Si c'est la réalité actuelle pour l'ensemble de la population, le problème est encore plus aigu pour les francophones. On retrouve très peu de bons programmes en français de prévention ou de gestion des maladies chroniques et très peu de bon matériel didactique en français. Il existe aussi très peu de données sur l'état de la santé des francophones, mais les décisions sont souvent fondées sur des projections. Les institutions comme les hôpitaux ont un rôle à jouer dans les communautés, mais elles ne sont pas les seules solutions à tous les défis.

Le paradigme doit changer pour arriver à mettre sur pied un système axé sur des populations ciblées, un système qui coordonne le travail de plusieurs partenaires bien agencés qui acceptent d'assumer la responsabilité pour la totalité des soins et dans lequel le patient est vu comme un partenaire au lieu de simplement un utilisateur. Bref, il faut vraiment changer le paradigme.

Nous savons que 66 p. 100 de la population en général est atteinte d'une maladie chronique, que 55 p. 100 possède plus de deux différentes conditions chroniques, que 80 p. 100 des visites pour soins primaires sont reliées à une condition chronique, et finalement que 67 p. 100 des admissions aux hôpitaux en Ontario sont reliées à des conditions chroniques. Nous sommes d'avis qu'il est possible de réduire ces chiffres.

Cependant, ces services doivent être disponibles en français pour répondre aux besoins des communautés francophones.

Nous avons quelques recommandations et vœux pieux à faire. Je commencerai en disant que les instances décisionnelles doivent commencer à prendre une plus grande connaissance des barrières et des défis auxquels font face les francophones et incorporer ces réalités dans la planification des services.

There has to be greater access to information about the health of the francophone population so that we can have better planning for those services.

The federal, provincial and territorial governments have to work together to change the health care paradigm.

Governments have to encourage innovation and lay out funds to allow for innovation in the delivery of services by community health organizations.

And the federal government absolutely has to take into account the fact that minority francophone communities have pressing needs and have had to catch up when it comes to prevention services, support for seniors and end of life care. The federal government has to create a national fund to meet these needs.

[English]

The Chair: I would like to begin with some questions for Mr. Findlay.

Mr. Findlay, you make the powerful statement that we should always use the word “inclusion” rather than the word “participation.” Would you elaborate on that a little bit for the whole committee.

Mr. Findlay: As I mentioned in my comments, I am free to participate in many things in society, but unless there are policies and procedures in place that remove the barriers to allow me to participate, then “participating” is only a word. “Inclusion” defines a higher standard of obligation on the part of those who would develop policies and procedures. Coming at you from that point of view, there is much more weight attached to the use of the word “inclusion.”

The Chair: Can you give the committee specific examples of barriers to your inclusion?

Mr. Findlay: You are looking at one right now. Too often, people come at barrier-free environments without even thinking about the environment, because they have not been a part of the segment of society that has to deal with barriers on a day-to-day basis. For example, this arrangement where one cannot get close enough to a table in order to be comfortable making a presentation is a barrier, not a significant barrier, but it is one.

There are some significant barriers that persons with disabilities encounter daily, and I am not just thinking about people in wheelchairs. We are sort of the poster people for people with disabilities. Too often overlooked are people with hidden disabilities, such as learning disabilities, or people who are deaf or hard of hearing.

If I wanted to go to the Civic Centre here in Welland and transact some business but I were hard of hearing, what is in place to assist me with my disability? In Welland, we are just now moving to a system of FM transmitters to assist people with hearing disabilities. It is actually an FM broadcast signal that

Il doit y avoir un plus grand accès à l'information sur la question de la santé des francophones afin de pouvoir assurer une meilleure planification de ces services.

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent travailler en collaboration afin d'aider à changer le paradigme des soins.

Ces mêmes gouvernements doivent encourager l'innovation et verser des argents pour permettre l'innovation dans la prestation des services par des organismes de santé communautaires.

Finalement, le gouvernement fédéral doit absolument tenir compte du fait que les communautés francophones en milieu minoritaire ont des besoins urgents et qu'elles ont du rattrapage à faire dans le domaine des services de prévention, de soutien aux aînés et des soins de fin de vie. Le gouvernement fédéral doit créer un fonds national pour aider à combler ces besoins.

[Traduction]

La présidente : J'aimerais commencer par poser quelques questions à M. Findlay.

Monsieur Findlay, vous avez déclaré que nous devrions toujours utiliser le mot « inclusion » plutôt que le terme « participation ». Pourriez-vous donner plus de détails à ce sujet pour tout le comité.

M. Findlay : Comme je l'ai mentionné dans mes observations, je suis libre de participer à un grand nombre d'événements dans la société, mais s'il n'y a pas de politiques et de procédures pour éliminer les barrières à ma participation, le mot « participer » n'est qu'un mot. L'« inclusion » dénote une norme d'obligation plus élevée de la part de ceux qui élaborent les politiques et les procédures. De ce point de vue, le mot « inclusion » est beaucoup plus lourd de sens.

La présidente : Pouvez-vous fournir au comité des exemples particuliers de barrières à votre inclusion?

M. Findlay : Vous en avez une devant les yeux. Trop souvent, les gens arrivent dans des lieux où il n'y a pas de barrières et n'y pensent pas parce qu'ils ne font pas partie d'un segment de la société qui doit tous les jours franchir des barrières. Par exemple, cet arrangement où l'on ne peut même pas s'approcher suffisamment d'une table pour être à l'aise au moment de la présentation d'un exposé est une barrière. Ce n'est pas une barrière importante, mais c'en est une.

Les personnes handicapées font face à des barrières importantes tous les jours, et je ne parle pas seulement des personnes en fauteuil roulant. Nous sommes en quelque sorte les têtes d'affiche des personnes handicapées. Nous oublions trop souvent les gens qui ont des handicaps subtils, comme les personnes qui souffrent de troubles d'apprentissage ou les malentendants.

Si je voulais me rendre au Civic Centre de Welland et faire des affaires là-bas, mais que j'étais malentendant, quels mécanismes seraient en place pour m'aider? À Welland, nous venons d'adopter un système d'émetteurs FM pour aider les personnes qui ont une déficience auditive. Il s'agit d'un signal de

would pick up a signal from a microphone such as this, broadcast it through an FM radio, and a person with a hearing disability who might be wearing a hearing aid or carrying a Walkman-type receiver could tune that device into the frequency of this transmitter and receive an amplified signal.

We are also talking about people with vision disabilities and the barriers that they face. For example, also in this city and across the region, we are starting to implement accessible pedestrian signals. I am sure most of you have seen them. They are the signals that chirp like a bird when it is safe to cross and also give some sort of directionality to allow people who are cane users the ability to go in the direction they want to instead of in the wrong direction.

Some types of disabilities are faced not only by persons in wheelchairs but also by people with other disabilities. Regardless of our disability, we are all faced from time to time with a lack of accessible transit. No doubt, if you cannot get out of your house, you will not go anywhere and you will not be a benefit to anyone. Your talents will be underutilized, you will be underemployed, you will be neglected by society; in fact, you will be that part of society that is out of sight, out of mind.

Things are slowly changing, but in the past years I have had comments come back to me when I entered a retail establishment for example that was particularly hard to get into because of the physical barrier. I questioned the salesperson, "Gee, I do not see many people with disabilities in your establishment. Maybe you should try to get rid of that barrier," and the answer was, "Well, you know, we never see any people with disabilities." No wonder.

Regarding the lack of accessible transit, I think if you were to name a paramount barrier, that would be the one that would help to bring people with disabilities into the mainstream of society.

The Chair: I am increasingly concerned with the demographic changes that are taking place with people who may end up with more than one disability. I remember my father being in a hospital in Calgary. This was a man who was now paralyzed on one side. He had been a premier, a senator, a cabinet minister, clearly a rather alert human being. The nurse decided that his stroke had left him with some severe mental incapacity. When I asked, "Why do you think that?" the reaction was, "He does not respond to what I am saying. I said, "Well, perhaps you should give him his hearing aids."

We will end up with more of that. There may be the obvious disability, but then as you have identified there might be the less obvious disability, and it will be equally a barrier, if not more of a barrier, to their sense of inclusion.

Mr. Findlay: One disability in fact compounds the other, so that we have a cumulative effect that is greater than two, perhaps three times larger.

radiodiffusion FM qui pourrait détecter un signal d'un microphone comme celui-ci, l'émettre par l'entremise d'un récepteur de radiodiffusion FM et qu'une personne ayant une déficience auditive pourrait capter grâce à une prothèse auditive ou à un récepteur qui ressemblerait à un walkman en le réglant à la fréquence de ce transmetteur pour recevoir un signal amplifié.

Nous parlons également des personnes qui ont une déficience visuelle et des barrières qu'elles doivent affronter. Par exemple, dans cette ville et dans toute la région, nous avons commencé à installer des signaux pour piétons accessibles. Je suis certain que la plupart d'entre vous les avez vus. Ce sont des signaux qui font le bruit d'un oiseau quand il est sécuritaire de traverser et qui permettent également aux personnes qui utilisent une canne de se diriger dans la bonne direction.

Certains obstacles doivent être surmontés non seulement par les personnes en fauteuil roulant, mais également par celles qui ont d'autres handicaps. Quel que soit notre handicap, nous devons tous de temps à autre faire face au problème de l'accessibilité du transport. Il va sans dire que si vous ne pouvez pas sortir de chez vous, vous n'irez nulle part et vous ne serez utile à personne. Vos talents seront sous-utilisés, vous serez sous-employé et négligé par la société; en fait, vous ferez partie d'un segment de la société qui est loin des yeux et loin du cœur.

Les choses changent lentement, mais au cours des dernières années, j'ai reçu des commentaires quand j'entrais dans des commerces, par exemple, dans lesquels il était particulièrement difficile d'entrer en raison d'une barrière physique. Je disais au vendeur : « C'est drôle. Je ne vois pas beaucoup de personnes handicapées dans votre établissement. Peut-être devriez-vous essayer d'éliminer cette barrière. » Il me répondait : « Eh bien, vous savez, il n'y a jamais de personnes handicapées qui viennent ici. » Ce n'est pas étonnant.

Si vous aviez à nommer la barrière suprême, il s'agirait du problème de l'accessibilité du transport, lequel, s'il était réglé, permettrait aux personnes handicapées d'intégrer la société.

La présidente : Je suis de plus en plus préoccupée par les changements démographiques qui ont lieu et qui font en sorte que certaines personnes souffrent de plus d'un handicap. Je me rappelle que mon père a été hospitalisé à Calgary. On parle d'un homme qui était paralysé d'un côté. Il avait été premier ministre, sénateur, membre du Cabinet, bref, un être humain très vif. L'infirmière a décidé que son ACV avait causé une grave incapacité mentale. Quand je lui ai demandé pourquoi elle pensait cela, elle a répondu : « Il ne répond pas quand je lui parle. » Je lui ai donc dit : « Peut-être que vous devriez lui donner ses prothèses auditives. »

Il y aura de plus en plus de cas semblables. Il y a les handicaps évidents, mais comme vous l'avez dit, il y a également des handicaps moins évidents. Ces derniers constituent également une barrière, peut-être même une barrière plus difficile à surmonter, à l'inclusion.

M. Findlay : Un handicap aggrave effectivement l'autre, et il y a un effet cumulatif qui fait en sorte que les obstacles sont deux fois, voire trois fois, plus difficiles à surmonter.

You must realize that just because a person has one disability does not mean that subsequent disabilities will indeed develop. I am thinking of persons with diabetes, a progressive condition that so often over time results in a neuropathy that might result in an amputation. Persons with diabetes are more prone to heart disease and to blindness.

Certainly, senator, your remarks are well taken that we have to guard against and provide information about healthy living that will mitigate some of these disabilities that may develop as we age.

Senator Cordy: I have a couple of questions. The first one is on transportation. Mr. Rose, you brought it up and Mr. Findlay just referred to it. This is an issue that we have heard over and over again.

We have transportation within urban areas, and we have talked about bus passes and there currently being a credit if you buy a pass, which is fine if you have a bus system in your region.

Mr. Rose, you made reference to the fact that you might have a bus system, and you could take the bus into the nearest urban area or the nearest hospital or whatever for an appointment, and then you wait for eight hours or until the next day before you can get the return bus to your home. This must be extremely difficult, I was going to say doubly but it is even worse, for those who have a disability. How do you get from point A to point B for an appointment or for anything? It does not have to be only a medical reason, it could be that you want to go shopping or somewhere else.

What should we recommend in terms of transportation? In rural areas in my province, a bus will not pass by every 20 minutes. That is just not realistic. In fact, you might not even need a bus; you might just need a van or a car.

Further, in my province, in the smaller areas, transportation, instead of being enhanced, is in fact being reduced even further. With the cost of gas, I think that transportation will be made even more challenging for smaller areas.

Do you have any solutions? Are there recommendations this committee should make regarding transportation?

Mr. Rose: Niagara Falls has a bus system. Welland has a bus system. St. Catharines has a bus system. The problem is trying to get the three going together, because there are also Fonthill, Fort Erie and Port Colborne. We are all in the Niagara district. Twelve municipalities make up the region. We are trying to get together.

Say you have an appointment with a specialist in Port Colborne. How do you get there? There are some small buses that I think are trying to help people out, but it is just like guesswork. However, sometimes you do not need guesswork; you

Vous devez savoir que, même si une personne souffre d'un handicap, cela ne veut pas dire que d'autres handicaps viendront s'y ajouter. Je pense aux gens qui souffrent du diabète, qui est une maladie progressive qui, souvent, au fil du temps, donne lieu à une neuropathie qui peut aboutir à une amputation. Les personnes qui souffrent du diabète sont plus susceptibles d'être atteintes d'une maladie du cœur et de cécité.

Bien sûr, sénateur, vous visez juste quand vous dites qu'on doit faire attention et fournir de l'information sur les modes de vie sains, ce qui préviendra certains des handicaps dont nous pouvons être atteints à mesure que nous vieillissons.

Le sénateur Cordy : J'ai quelques questions. La première concerne le transport. Monsieur Rose, vous en avez parlé, et M. Findlay en a également fait mention. Il s'agit d'un problème dont nous avons entendu parler à maintes reprises.

Nous avons des systèmes de transport dans les régions urbaines, et nous avons parlé des laissez-passer d'autobus. Il y a actuellement un crédit d'impôt pour les gens qui achètent un laissez-passer, ce qui est bien si on habite dans une région qui a un réseau d'autobus.

Monsieur Rose, vous avez mentionné que, même s'il y a un réseau d'autobus et que vous pouvez prendre un autobus pour vous rendre à la ville ou à l'hôpital le plus rapproché pour un rendez-vous, vous pourriez être obligé d'attendre huit heures ou même jusqu'au jour suivant avant de pouvoir rentrer à la maison par autobus. Cela doit être extrêmement difficile — j'allais dire deux fois plus difficile, mais ça doit l'être davantage — pour les personnes handicapées. Comment se rendre du point A au point B pour un rendez-vous ou pour n'importe quoi? Ce n'est pas obligé d'être pour une raison médicale. Vous pourriez simplement vouloir aller faire des achats ou sortir.

Que devrions-nous recommander sur le plan du transport? Dans les régions rurales de ma province, un autobus ne passera pas toutes les 20 minutes. Ce n'est tout simplement pas réaliste. En fait, un autobus n'est peut-être pas nécessaire; une fourgonnette ou une voiture peut suffire.

De plus, dans les petites villes de ma province, au lieu d'améliorer le système de transport, on le réduit. Avec le coût de l'essence, je pense que le transport constituera un défi encore plus difficile à relever pour ces petites villes.

Avez-vous des solutions à suggérer? Le comité devrait-il faire des recommandations relatives au transport?

M. Rose : Niagara Falls a un réseau d'autobus. Welland a un réseau d'autobus. St. Catharines a un réseau d'autobus. Le problème est de tenter d'harmoniser ces trois réseaux parce que l'on doit également desservir Fonthill, Fort Erie et Port Colborne. Nous faisons tous partie du district de Niagara. Douze municipalités font partie de la région. Nous tentons de travailler de concert.

Imaginons que vous avez un rendez-vous avec un spécialiste à Port Colborne. Comment allez-vous vous y rendre? Je pense qu'on a prévu certains petits autobus pour venir en aide à la population, mais il ne s'agit pas d'un réseau bien organisé.

need the bus right there, if you have to go the eye specialist in St. Catharines where my wife goes, or the eye specialist in Fort Erie or Port Colborne.

Maybe I should not say this, but I remember when we had the railroad system here — the Toonerville Trolley, I called it. We went all over the place, Port Dalhousie, Thorold, Niagara Falls, and it was just out of this world. It was all run by electricity. For some reason or other, somebody took it away. They even tore down the bridge over the river. There are still some bridges still there, though, and the base is still there, but I imagine it would be way overboard to try to get that system back.

It was a perfect system for the Golden Horseshoe, the Niagara Peninsula. We could go any place. We could go right to Port Dalhousie. There used to be picnics there, where I worked, then they transferred their picnic to Crystal Beach. That would be the ideal, cheapest thing to have, if we could get it going again. It was suggested a few times, but that is as far as it got. That would combine all the Niagara Peninsula and Golden Horseshoe together.

Mr. Findlay: Transportation is a problem. We should start to scale things back a little bit and temper our expectations as far as transit is concerned. Most municipalities in Canada, I suspect, could not support a transit system that looks like buses, but I suspect every municipality except for the very small would have a taxi system. We should encourage taxi operators to invest in accessible vehicles.

The cost of those vehicles has come down drastically in the last number of years. The first vehicle I purchased 10 years ago cost \$62,000; now they are down to about \$40,000. The reason for that is economy of scale, and as the environment becomes friendlier for persons with disabilities they are making those purchases, which forces the price down further.

There is an opportunity to subsidize taxi operators in municipalities to purchase a minivan that has a ramp in it instead of purchasing a sedan.

Senator Cordy: In Halifax we have the Access-A-Bus, and you phone and make an appointment for the Access-A-Bus to pick you up. I say bus, but it is a smaller vehicle.

Mr. Rapelje: We are talking about the public side of transit. I think we need to be aware that many agencies have buses, very expensive buses. The agency that I directed at one time had 14 buses, and a couple of them would carry 11 or 12 wheelchairs at a time. That really allowed us to get residents from long-term care out in the community.

Fourteen of those buses often sat idle hour after hour because of insurance complications. In Port Colborne we were next to a daycare centre. The staff there asked if they could use our bus to take the kids out for a picnic. I think we need to look for ways to

Cependant, parfois, on a besoin d'un réseau bien organisé; on a besoin que l'autobus soit là quand on a un rendez-vous avec un ophtalmologue à St. Catharines, où mon épouse se rend, à Fort Erie ou à Port Colborne.

Peut-être que je ne devrais pas le dire, mais je me souviens du réseau de trains qu'on avait ici — je l'appelais le Toonerville Trolley. Il allait un peu partout : Port Dalhousie, Thorold, Niagara Falls. C'était magnifique. Il fonctionnait à l'électricité. Pour une raison quelconque, on l'a éliminé. On a même détruit le pont qui traversait la rivière. Certains des ponts sont toutefois encore là, et la base y est toujours, mais j'imagine que ce serait fou de tenter de réinstaurer ce système.

C'était un système parfait pour le Golden Horseshoe, c'est-à-dire la péninsule du Niagara. On pouvait se rendre n'importe où. On pouvait aller jusqu'à Port Dalhousie. Autrefois, on y organisait des pique-niques et j'y travaillais. Puis, ils ont transféré leurs pique-niques à Crystal Beach. Ce serait le réseau idéal et le moins onéreux, si on pouvait le réinstaurer. On a fait cette suggestion à quelques reprises, mais le projet n'est pas allé de l'avant. Un tel réseau permettrait de relier toutes les régions de la péninsule du Niagara et du Golden Horseshoe.

M. Findlay : Le transport est un problème. Nous devrions réduire nos attentes un peu en ce qui concerne le transport en commun. Je suppose que la plupart des municipalités au Canada ne pourraient pas se permettre un réseau d'autobus, mais je soupçonne que toutes les municipalités, sauf peut-être les plus petites, pourraient avoir un réseau de taxis. Nous devrions encourager les compagnies de taxis à investir dans des véhicules accessibles.

Le coût de ces véhicules a diminué de manière considérable au cours des dernières années. Le premier véhicule que j'ai acheté il y a dix ans coûtait 62 000 \$; maintenant, ils coûtent environ 40 000 \$. Cela s'explique par les économies d'échelle. À mesure que la situation des personnes handicapées s'améliore, elles font de tels achats, ce qui fait baisser les prix.

On pourrait subventionner les compagnies de taxis dans les municipalités afin qu'elles achètent une fourgonnette munie d'une rampe, plutôt qu'une berline.

Le sénateur Cordy : À Halifax, nous avons Access-A-Bus, qui est un service qui vous permet de téléphoner et de faire un rendez-vous pour qu'un autobus passe vous prendre. Je dis un autobus, mais il s'agit en réalité d'un plus petit véhicule.

M. Rapelje : Nous parlons du transport en commun. Je pense que vous devez savoir qu'un grand nombre d'agences ont des autobus, qui sont très onéreux. L'agence que je dirigeais avait, à un moment donné, 14 autobus, dont quelques-uns pouvaient contenir 11 ou 12 fauteuils roulants en même temps. Cela nous permettait de faire sortir les bénéficiaires de soins de longue durée dans la collectivité.

Quatorze de ces autobus sont demeurés garés pendant de longues périodes en raison de complications liées à l'assurance. À Port Colborne, nous étions à côté d'une garderie. Le personnel nous a demandé s'il pouvait utiliser notre autobus pour amener

better share equipment that agencies can afford to buy but need only for limited times. Otherwise the equipment sits there idle for hours.

[Translation]

Mr. Castonguay: I would also like to make a comment. When we talk about this, we tend to think that it should be an urban transit system, or a system organized by municipalities or governments, but as my colleague said, there are in fact a number of agencies.

Take the case of my wife, who has just undergone a year of chemotherapy for cancer, and she had to go back and forth from St. Catharines to Hamilton, with the help of the Canadian Cancer Association. They regularly transported four patients to go for one treatment or another.

I would say, however, that the problem we have, for supporting these programs, is that the agencies that are trying to organize the programs do not receive any support and have to undertake all kinds of fundraising activities. So they are burning themselves out doing fundraising and have not even had a chance yet to organize the services that are missing in order to assist the public.

A bus costs \$100,000 to \$150,000. I would say that charitable organizations in this region are given no funding to organize transportation systems.

We have to go back and look at what is happening in the communities and see how we can help those communities to build capacity, instead of parachuting models in.

[English]

Senator Cordy: My last question is for Mr. Rapelje. I will take this advantage, since you are on the board of Veterans Affairs Canada, to talk about the Veterans Independence Program, which is quite an amazing program. I often look at how it started, and it was because the hospitals were filled; there was no room, so they decided as an interim measure to have people come into the homes. Then when there was room, the veterans said, "No thanks, we much prefer to be in our homes."

We have heard from several people that this should be a model not just for veterans but for all seniors in Canada. Would you agree with that?

Mr. Rapelje: Yes. That is exactly what I was attempting to say.

I have been on that council since its inception, and nothing has impressed me more than what that has done. I commend the government for extending the program to spouses for the rest of their lives. We felt strongly about that. I think it will make a big difference, because often they are the ones who are caregivers for

les enfants à un pique-nique. Je pense que nous devrions envisager les manières de partager l'équipement que les agences peuvent se permettre d'acheter, mais dont elles n'ont besoin que pour des périodes limitées. Autrement, l'équipement demeure inutilisé pendant de longues périodes.

[Français]

M. Castonguay : J'aimerais aussi faire un commentaire. Quand on reprend ce débat, on a tendance à penser que cela doit être un réseau de transport urbain ou organisé par les municipalités ou les gouvernements, mais comme disait mon collègue, il y a quand même plusieurs agences.

Je vous donne le cas de mon épouse, qui vient de passer une année de chimiothérapie pour un cancer et elle devait se promener de St. Catharines à Hamilton, avec l'aide de l'Association canadienne du cancer. Ils transportaient régulièrement quatre patients pour aller subir des thérapies quelconques.

Cependant, j'oserais dire que le problème qui existe pour pouvoir soutenir ces programmes, c'est que les organismes qui essaient d'organiser les programmes ne reçoivent aucun appui et sont obligés de faire toutes sortes d'activités de levées de fonds. Donc, ils sont en train de se brûler à faire des collectes de fonds sans même avoir eu la chance d'avoir organisé les services qui manquent pour aider la population.

Le coût d'un autobus est de 100 000 \$ à 150 000 \$. J'oserais dire aucun montant n'est donné en octroi à des organismes charitables dans la région pour organiser des systèmes de transport.

Il faut retourner voir ce qui se passe dans les communautés et voir comment on peut aider les communautés à bâtir des capacités, au lieu d'arriver avec des modèles parachutés.

[Traduction]

Le sénateur Cordy : Ma dernière question s'adresse à M. Rapelje. Comme vous siégez au conseil du ministère des Anciens Combattants, je saisisrai cette occasion de parler du Programme pour l'autonomie des anciens combattants, qui est un programme magnifique. Je pense souvent à ses débuts. Les hôpitaux étaient pleins et il n'y avait plus de place. Ils ont donc décidé de permettre aux gens de rester chez eux, de façon provisoire. Puis, quand il y a eu de la place, les anciens combattants ont dit : « Non merci. Nous préférons rester chez nous. »

Plusieurs personnes nous ont dit qu'il s'agit d'un modèle qui devrait être adopté non seulement pour les anciens combattants, mais également pour tous les aînés au Canada. Êtes-vous d'accord?

M. Rapelje : Oui. C'est exactement ce que je voulais dire.

Je siége à ce conseil depuis sa création, et rien ne m'a impressionné autant que ce programme. Je félicite le gouvernement d'avoir élargi le programme pour permettre aux conjointes des anciens combattants d'en profiter pour le reste de leur vie. C'est une chose qui nous tenait à cœur. Je pense que cela

years, and then they were just cut off from a service at a time in their life when they probably most needed it. I think that is a very progressive step.

I cannot think of any other program at the moment that I think would be more beneficial and would complement our overall approach to community care, to allowing people to stay in their homes.

Veterans Affairs Canada did a study in Ottawa, Halifax and Vancouver. When they went back after people who thought they needed long-term care had the option of the VIP program, they were astounded to find that the waiting list had gone down 90 per cent. You can get that study from John Walker at Veterans Affairs.

The evidence is clear that that program has been extremely effective. We can never do enough for our veterans, and I think it has allowed many of them to enjoy a good quality of life and independence for a much longer period of time.

Senator Cordy: I remember when the bill was extended to spouses. Senator Carstairs was Leader of the Government in the Senate at that time and asked me to sponsor that bill. It was a fun bill to sponsor because everybody, regardless of political party, was going to vote in favour of that.

I appreciate your comments about having a summary that laypersons can understand. Perhaps we will take your advice when we give our final report, because not only is it good for the average person but it is also good when the media has a shortened version. You are then more likely to get some attention in the media.

Mr. Rapelje: You are talking about research?

Senator Cordy: Yes.

Mr. Rapelje: I am not a researcher, but I was amazed. I would not want to guess how much good research never gets off the shelf or near the people who could benefit. I think we have to change that. There is no sense spending millions of dollars on research if it does not make a change, if it does not help improve the quality of life for seniors or for the physically challenged or mentally challenged, whatever the research is. I would hope your committee would really see a way to change that.

The Institute of Aging realizes that that is one of their main goals now. About all I could bring to that council, as far as I was concerned, is to say that I worked my whole career and I do not ever remember referring to research, because I would not have known how to find it. I would not know where to go. However, I think we can change this if there is the initiative to do it.

fera une grosse différence parce que les conjoints agissaient souvent à titre de soignants pendant de longues années, puis, ils perdaient le service à une période de leur vie où ils en avaient probablement le plus besoin. Selon moi, il s'agit d'une mesure très importante.

Je ne peux penser en ce moment à aucun autre programme qui serait plus bénéfique et qui viendrait compléter notre approche globale face aux soins de santé communautaire que celui-là, qui permet aux gens de rester chez eux.

Le ministère des Anciens Combattants a mené une étude à Ottawa, à Halifax et à Vancouver. Quand les responsables de cette étude ont parlé aux gens qui pensaient avoir besoin de soins de longue durée, mais qui avaient bénéficié du PAAC, ils ont été étonnés de découvrir que la liste d'attente pour les soins de longue durée avait été réduite de 90 p. 100. Vous pouvez obtenir cette étude auprès de John Walker, du ministère des Anciens Combattants.

Il est clair que ce programme a été extrêmement efficace. Nous ne pouvons jamais en faire assez pour nos anciens combattants, et je pense que ce programme a permis à un grand nombre d'entre eux de jouir d'une bonne qualité de vie et d'une autonomie pendant une période beaucoup plus longue.

Le sénateur Cordy : Je me souviens de l'époque à laquelle le programme a été élargi pour être offert aux conjoints. Le sénateur Carstairs était alors leader du gouvernement au Sénat et elle m'a demandé de parrainer le projet de loi. J'ai été heureux de le faire, car tout le monde, dans tous les partis politiques, allait voter en faveur de l'adoption de ce projet de loi.

J'apprécie vos commentaires sur la nécessité de rédiger des sommaires que les profanes peuvent comprendre. Peut-être suivrons-nous vos conseils quand nous communiquerons notre rapport final parce qu'ils sont bénéfiques pour le citoyen moyen, mais également pour des médias, qui pourront tirer profit d'une version abrégée. La question pourra ainsi attirer davantage l'attention des médias.

M. Rapelje : Vous parlez de la recherche?

Le sénateur Cordy : Oui.

M. Rapelje : Je ne suis pas un chercheur, mais je suis émerveillé. Je ne voudrais pas avoir à deviner le nombre de recherches qui demeurent sur une tablette ou dont personne ne tire profit. Je pense qu'il faut changer cela. Il est inutile de consacrer des millions de dollars à la recherche si elle ne permet pas d'apporter des changements, si elle ne permet pas d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées ou des personnes qui sont aux prises avec des difficultés physiques ou mentales, quelle que soit la recherche. J'espère que votre comité trouvera une manière de changer cette situation.

L'Institut du vieillissement sait qu'il s'agit maintenant de l'un de ses principaux objectifs. Tout ce que j'ai pu dire à ce conseil d'administration est que, au cours de toute ma carrière, je ne me souviens pas d'avoir fait une seule fois référence à une recherche parce que je ne saurais pas comment trouver l'information dont j'ai besoin. Je ne saurais pas où aller. Cependant, je pense que l'on peut changer cela si on en a l'initiative.

[Translation]

Senator Chaput: My questions are for Mr. Castonguay and Mr. Tremblay.

First, I would like to say that we are all aware that people who are aging face a lot of challenges, but those challenges are heightened when there is a language barrier. I think everyone agrees on that.

Mr. Castonguay, you talked about annual income of \$12,000, if I understood correctly. Is that income for senior women only?

Mr. Castonguay: That's for seniors in general.

Senator Chaput: In Ontario?

Mr. Castonguay: Yes.

Senator Chaput: Francophone seniors in general?

Mr. Castonguay: That is right, between \$12,000 and \$24,999.

Senator Chaput: Of those seniors, what percentage is women?

Mr. Castonguay: The percentage who are women is 55.1 per cent.

Senator Chaput: What do they do to make ends meet?

Mr. Castonguay: Well, they do not. They live below the poverty line. This is even more frightening if we look at those figures and the geographic barriers, and we know that these people are living in northern and eastern Ontario, in little rural communities where there are real transportation problems. For example, a woman living in Hearst who has to go to Sudbury to get health care, there is no certainty that she is going to get there if she is single and has an income between \$12,000 and \$24,999.

Another example of this situation is a francophone who lives in northern Ontario and has to go to southern Ontario for health care, the costs of the patient's care are paid for, for the trip, the costs for the natural caregiver who travels with the patient are not. And it's the reverse in southern Ontario: a person living in southern Ontario who goes to northern Ontario, say to Sudbury, for health care, the costs for both the patient and the natural caregiver who accompanies the patient are paid.

Senator Chaput: Why?

Mr. Castonguay: It is an anomaly in the Ontario health care system that means that people who live in southern Ontario have to be poorer than people in northern Ontario. It's an anomaly that has never been corrected.

Senator Chaput: You spoke about the New Horizons program, which you consider to be a valuable program that should allow for new initiatives. Would you have any examples of what you mean by "new initiatives"?

[Français]

Le sénateur Chaput : Mes questions s'adressent à M. Castonguay et à M. Tremblay.

Dans un premier temps, j'aimerais dire que nous sommes tous conscients que la personne âgée a beaucoup de défis, mais que ces défis sont amplifiés lorsqu'il y a une barrière linguistique. Je pense que tout le monde est d'accord avec cela.

Monsieur Castonguay, vous avez parlé d'un revenu annuel de 12 000 \$, si j'ai bien compris. Est-ce un revenu seulement pour les femmes aînées?

M. Castonguay : Ce sont les aînés en général.

Le sénateur Chaput : En Ontario?

M. Castonguay : Oui.

Le sénateur Chaput : Les aînés francophones en général?

M. Castonguay : Exact, entre 12 000 \$ et 24 999 \$.

Le sénateur Chaput : De ces aînés, quel est le pourcentage des femmes?

M. Castonguay : Le pourcentage des femmes est de 55,1 p.100.

Le sénateur Chaput : Comment font-elles pour arriver?

M. Castonguay : Justement, elles n'arrivent pas. Elles vivent sous le seuil de la pauvreté. Ce qui fait encore plus peur quand on regarde ces chiffres et les barrières géographiques, et qu'on sait que ces personnes vivent souvent dans le nord et dans l'est, dans des petits coins ruraux où l'on a de vrais problèmes de transport. Par exemple, une femme qui habite à Hearst et qui doit se rendre à Sudbury pour recevoir des soins de santé, ce n'est pas évident qu'elle va s'y rendre si elle est seule et a un revenu entre 12 000 \$ à 24 999 \$.

Un autre exemple de cette situation : le francophone qui habite dans le nord et qui doit aller vers le sud pour des soins de santé, les coûts de soins du patient sont payés pour la visite, mais ne sont pas remboursés pour l'aidant naturel qui l'accompagne. Alors que c'est l'inverse pour le sud de l'Ontario : une personne qui habite le sud de l'Ontario qui va dans le nord, disons vers Sudbury pour recevoir des services de santé, le coût du patient et le coût de l'aidant naturel qui l'accompagne sont payés.

Le sénateur Chaput : Pourquoi?

M. Castonguay : C'est une anomalie dans le système de santé de l'Ontario qui fait que des gens qui habitent dans le sud doivent être plus dépourvus que ceux du nord. C'est une anomalie qui n'a jamais été corrigée.

Le sénateur Chaput : Vous avez parlé du programme Nouveaux Horizons qui, d'après vous, est un programme valable et qu'il devrait permettre des nouvelles initiatives. Auriez-vous des exemples de ce que vous voulez dire par « de nouvelles initiatives »?

Mr. Castonguay: Certainly, when we talk about a transportation system, that is one example. I am looking at initiatives like New Horizons and the total funding granted is about \$25,000.

In communities like in the Niagara region, where francophones are spread out from Hamilton to Fort Erie, pretty much everywhere, organizing activities like day centres for seniors can't be done for \$25,000. There are all sorts of possibilities and examples of activities that could be done, but they cannot be done with \$25,000, and that's the problem.

Mr. Tremblay and I speak regularly, and we are starting to talk about virtual long-term care homes where residents who are still living at home can be connected to the medical services at a health care centre, but that are attached to a long-term care centre.

We have to try to find innovative models, and federal programs that can help us develop them.

Senator Chaput: And at present there are no federal programs that would be interested in this kind of initiative.

Mr. Castonguay: That is right, they are nonexistent.

André Tremblay, Director General, Foyer Richelieu: I can add that in our facility, we have a residence for francophone seniors that is nearby. We applied to be able to provide them with programs and support, and our application was turned down. These are people with limited autonomy. These people are like everyone else, they are aging and they often have to use community resources because we can't give them that service in-house, when there is a passage connecting the two facilities.

I think there might be a way to find solutions. These people could stay much longer, because they are already in a protected setting, if you like. They are already in a seniors' residence.

Senator Chaput: Do you have access to home health care in French for your seniors?

Mr. Castonguay: In fact, the Health Centre is in the process of examining the possibility of implementing that kind of care. We have just hired three nurses at the centre to identify the most vulnerable populations in the community, so we can do follow-up between their doctor appointments at our facility.

Mr. Tremblay: I would like to add something concerning the language problem. When we transfer residents to hospital, the families ask us when their mother or father will be able to come back to the residence. You have to understand that these are often people whose health is deteriorating and who often have to be sent to palliative care.

The best thing we can offer them is, if they want, to come back to die at our facility or to go home to die in their own home and their own language. I think this has become a major problem in our region, particularly for our clientele. Of these people,

M. Castonguay : Justement, quand on parle d'un réseau de transport, c'est un exemple. Je regarde présentement des initiatives comme Nouveaux Horizons et le total des subventions est d'environ 25 000 \$.

Dans des communautés, comme la région de Niagara, où les francophones sont éparpillés de Hamilton à Fort Erie et un peu partout, organiser des activités comme des centres de jour pour les aînés ne se fait pas à coups de 25 000 \$. Il y a toutes sortes de possibilités et d'exemples d'activités qu'on est capable de faire, mais cela ne se fait pas avec 25 000 \$, et c'est cela le problème.

Monsieur Tremblay et moi parlons régulièrement, et on commence à parler de foyers de longue durée de type virtuel où l'on est capable de brancher les résidents qui demeurent encore à leur domicile avec les services médicaux d'un centre de santé, mais qui sont greffés à un centre de longue durée.

Il faut essayer de trouver des modèles novateurs et des programmes fédéraux qui sont capables de nous aider à les développer.

Le sénateur Chaput : Et présentement, il n'y a pas de programmes fédéraux qui s'intéresseraient à ce genre d'initiative.

M. Castonguay : Exact, c'est non existant.

André Tremblay, directeur général, Foyer Richelieu : Je peux ajouter qu'à notre établissement, nous avons une résidence pour personnes âgées francophones qui est à proximité. On a fait une demande pour leur offrir des programmes et du soutien, et notre demande n'a pas été retenue. Ce sont des personnes qui sont en perte d'autonomie. Ces personnes sont comme tout le monde, elles vieillissent et elles sont souvent obligées d'avoir recours à des ressources de la communauté parce qu'à l'interne on ne peut pas leur donner ce service quand il y a un passage qui relie les deux établissements.

Je trouve qu'il y aurait peut-être lieu de trouver des solutions. Ces personnes pourraient demeurer beaucoup plus longtemps, parce qu'elles sont déjà dans un milieu protégé, si on veut. Elles sont déjà dans une résidence pour personnes âgées.

Le sénateur Chaput : Avez-vous accès à des soins de santé à domicile en français pour vos aînés?

M. Castonguay : En fait, le Centre de santé est en train d'examiner la possibilité de mettre en place ce genre de soins. On vient tout juste d'embaucher trois infirmières au centre pour dépister les populations les plus vulnérables dans la communauté, afin de permettre des suivis entre les visites aux médecins qu'ils font chez nous.

M. Tremblay : Je voudrais ajouter quelque chose concernant le problème de la langue. Quand nous transférons des résidents à l'hôpital, les familles nous demandent quand leur mère ou leur père sera capable de revenir à l'établissement. Il faut comprendre que ce sont souvent des personnes qui vivent une détérioration de leur santé et qui souvent doivent être envoyées aux soins palliatifs.

La meilleure chose qu'on peut leur offrir est de, s'ils le veulent, revenir mourir chez nous ou retourner chez eux pour mourir dans leur maison et dans leur langue. Je pense que c'est devenu un problème majeur dans notre région, particulièrement pour notre

95 per cent of our clients, some have French as a first language. Over the years, they have learned English, and now, as they lose their memory, they revert back to their mother tongue. When they get to the hospital and they need care, we have to remember that there are fewer staff and they are busier, so they do not take the time to pay attention and really understand what the person wants. So care and services are limited.

We are seeing more and more families whose members or carers are less available. At that point, when those people have to go to hospital, they are in a bad situation because there is no one around them who can help them. We encounter these situations regularly. The facility has to try to find solutions for people who need care in hospital.

Senator Chaput: I assume that the pool of volunteers who are able to speak French and have the time to do volunteer work is getting smaller and smaller. Is that the same thing where you are?

Mr. Castonguay: It is getting smaller and smaller, because it is used up. Given that there are no institutions that are capable of offering services in French, we have to depend on volunteers a lot. So then we have to find a specialized volunteer. When you are offering home care, you can't take on just anyone.

At this point, the traditional institutions, with the resources they have, can't meet the needs of minority communities. That's why the community aspect becomes so important. We need support so we can train our volunteers, and recruit and retain them.

Mr. Tremblay: One thing I might add on the question of volunteers is that we have to realize that our volunteers are aging, and now we are admitting them as residents!

Senator Chaput: What I understand is that you are prepared to try all kinds of innovative things, virtual connections, to meet the needs of your francophone clientele.

You said there are good prevention programs. Obviously there are a lot in English, not necessarily in French.

Could you give us examples of what there is in English, which is working well, and that you don't have access to in French?

Mr. Castonguay: In fact, what happens is that there is a lot of research into managing chronic illness. It is in English. For example, how to treat diabetes is no different in French and English. But when we look at the explosion of type II diabetes among seniors, we have to know how to educate people and raise awareness in French, particularly when we are starting to look at socio-demographic studies that show that seniors have less than a grade nine education. We can't expect to be able to inform people using materials that are written for university graduates.

clientèle. De ces personnes, soit 95 p. 100 de nos clients, plusieurs ont le français comme première langue. Au fil des années, ils ont appris l'anglais, et maintenant, avec une perte de mémoire, ils reviennent à leur langue natale. Quand ils arrivent à l'hôpital et qu'ils ont besoin de soins, il faut quand même réaliser que souvent le personnel est moins nombreux et plus occupé, alors on ne prend pas le temps de s'attarder pour vraiment comprendre ce que la personne veut. Les soins et les services sont alors limités.

On voit de plus en plus de familles dont les proches ou les aidants sont moins disponibles. À ce moment-là, quand ces personnes doivent aller à l'hôpital, ils sont dépourvus parce qu'il n'y a personne autour qui puisse les aider. On doit vivre plusieurs de ces situations. L'établissement doit essayer de trouver des solutions pour les personnes qui doivent recevoir des soins à l'hôpital.

Le sénateur Chaput : Je suppose que le bassin de bénévoles qui peut s'exprimer en français et qui a le temps de faire du bénévolat devient de plus en plus réduit. Est-ce que c'est la même chose chez vous?

M. Castonguay : Il devient de plus en plus réduit, à cause de l'épuisement. Étant donné qu'il n'y a pas d'institutions qui sont capables d'offrir les services en français, on doit dépendre beaucoup du bénévolat. On doit alors se tourner vers un bénévole spécialisé. Quand on commence à offrir des soins à domicile, on ne peut pas prendre n'importe qui.

Les institutions traditionnelles ne peuvent pas en ce moment, avec leurs ressources, répondre aux besoins des communautés minoritaires. C'est pour cela que l'aspect communautaire devient tellement important. On a besoin de soutien pour être capable de former nos bénévoles, les recruter et les garder.

M. Tremblay : Une chose que je pourrais rajouter en ce qui concerne le bénévolat, c'est qu'il faut réaliser que nos bénévoles sont vieillissants et maintenant, on les admet en hébergement!

Le sénateur Chaput : Ce que je comprends c'est que vous êtes prêts à essayer toute sorte de choses innovatrices, virtuelles, pour répondre aux besoins de votre clientèle francophone.

Vous avez mentionné qu'il y a de bons programmes de prévention. Il y en a évidemment beaucoup qui existent dans la langue anglaise, pas nécessairement en français.

Pourriez-vous nous donner des exemples de ce qui existe en anglais, qui est très bien et auquel vous n'avez pas accès dans la langue française?

M. Castonguay : En fait, ce qui arrive est qu'il y a beaucoup de recherche sur la gestion de la maladie chronique. Elle existe en anglais. Par exemple, la façon de soigner le diabète n'est pas différente en français qu'en anglais. Cependant, quand on regarde l'explosion de diabète type II chez les aînés, il faut quand même savoir éduquer et sensibiliser les gens en français, surtout quand on commence à regarder les études sociodémographiques qui démontrent que les aînés ont un niveau d'éducation inférieur à 9 p. 100. Il ne faut pas s'attendre à ce qu'on informe les gens avec du matériel qui est écrit pour des universitaires.

Our Health Centre has started working on management of chronic illnesses. I think we are creating some amazing tools. We have started to use videoconferencing, where we can give a workshop in Welland with an audience in Hamilton and have an interactive discussion. We are trying to see how we could connect up with other communities where we could have province-wide discussions with a nurse. There again, health care professionals are still very scarce and difficult to recruit, and are not necessarily where the patients are. So we are developing models and teaching materials. Our workshops are growing in popularity.

[English]

Senator Chaput: I would like to thank the other witnesses. I just thought it would be nice for me to be able to speak French.

Senator Mercer: Thank you to all the presenters.

I want to talk about the VIP program a little more. My father was a veteran and accessed the Veterans Independence Program, and now my mother continues to benefit from it now that my father is gone.

I like the idea of transferring the program over to the general public, because it is such a good program. However, every time we talk about creating something new or moving something and broadening it, I see a building going up in Ottawa and filling up with bureaucrats who will administer the program. We will put \$20 million or \$50 million dollars in the program, and \$18 million of it will go to pay the people in the building as opposed to being given to the people.

Do you have a hint for us as to how we can transfer this program? It is an extremely good program and very simple, from the point of view of the users. You fill out a form and send it in, and they send you back a cheque to cover your expenses, whether for home care or maintenance of your lawn or whatever it might be.

Is there a way that we can simplify this transfer? As I say, every time government gets involved, it gets so complicated that we lose the benefit of the program.

Mr. Rapelje: We probably have a couple of empty buildings in Welland that we could provide for the program. Seriously, I appreciate your concern. It seems to me that we have reached a point in government that when we talk about people below the poverty line we have to ask how much more we can expect people to pay.

I would hope if it was implemented effectively, it would be cost-effective, and that would sell it for me. There were veterans who thought they needed to be in a long-term care facility at \$140 or something a day, and they found that the VIP program met their needs and allowed them to stay independent, and I think that starts to rationalize the cost. It seems to me, from my

Le Centre de santé chez nous s'est lancé dans la gestion des maladies chroniques. Je pense qu'on est en train de créer des outils incroyables. On a commencé à se servir de la vidéoconférence, où on est capable de donner un atelier à Welland avec un auditoire à Hamilton et d'avoir une discussion interactive. On essaie de voir comment on pourrait se brancher avec d'autres communautés où on pourrait avoir des entretiens à travers la province avec une infirmière. Encore là, les professionnels de la santé sont quand même très rares et difficiles à recruter, et ne sont pas nécessairement là où sont les patients. On est donc en train de développer des modèles et du matériel didactique. Nos ateliers sont de plus en plus populaires.

[Traduction]

Le sénateur Chaput : J'aimerais remercier les autres témoins. Je pensais qu'il serait bien que je parle français.

Le sénateur Mercer : Je remercie tous les intervenants.

Je veux parler un peu plus du PAAC. Mon père était un ancien combattant et il a participé au Programme pour l'autonomie des anciens combattants. Aujourd'hui, mon père est décédé, mais ma mère continue de bénéficier du programme.

J'aime l'idée de rendre le programme accessible à toute la population parce qu'il s'agit vraiment d'un très bon programme. Toutefois, chaque fois que nous parlons de la possibilité de créer quelque chose de nouveau ou d'élargir un programme déjà existant, je vois la construction d'un immeuble à Ottawa, qui se remplit rapidement de bureaucrates, chargés de l'administration du programme. Nous investirons 20 ou 50 millions de dollars dans le programme, et 18 millions de dollars serviront à payer les gens qui travaillent dans cet immeuble, plutôt qu'à aider les gens.

Pouvez-vous nous aider à déterminer comment nous pourrions rendre ce programme accessible à tout le monde? Il s'agit d'un excellent programme, qui est très simple pour les utilisateurs. Vous n'avez qu'à remplir un formulaire et à l'envoyer, et on vous envoie un chèque pour vous défrayer de vos dépenses, qu'il s'agisse de soins à domicile, de l'entretien de votre pelouse ou de quoi que ce soit.

Y a-t-il une manière de simplifier l'élargissement de ce programme? Comme je l'ai mentionné, chaque fois que le gouvernement se met de la partie, ça devient si compliqué que le programme perd tous ses avantages.

M. Rapelje : Il y a probablement quelques immeubles vacants à Welland que nous pourrions fournir pour le programme. J'apprécie vraiment votre préoccupation. Il me semble que, dans le contexte gouvernemental d'aujourd'hui, quand nous parlons des gens qui se situent au-dessous du seuil de la pauvreté, nous devons nous demander combien nous pouvons demander aux gens de payer.

J'espère que la mise en œuvre d'un programme élargi serait efficace et efficiente, et cela suffirait pour me convaincre. Il y avait des anciens combattants qui pensaient devoir être dans un établissement de soins de longue durée, à environ 140 \$ par jour, et ils ont constaté que le PAAC répondait à leurs besoins et leur permettait de demeurer autonomes. Je pense que cela en fait

experience of Veterans Affairs, that the process, the standards and the procedures are in place. The work, from that point of view, is done.

I appreciate your concern, because there is no question it would add cost. You would have to analyze it from the point of view that hopefully if we offered the VIP program to all Canadians, the cost of that would be more than offset by the benefits.

Senator Mercer: That is an excellent point.

Mr. Castonguay, you and several others have talked about transit. We have heard about social agencies having transit, about charities having transit and about the Cancer Society. Obviously, there is also public transit.

What I see developing here is a concept where we integrate all this. Mr. Rapelje told us that he operated a number of buses next to the school, and he could not let them use his buses because of insurance issues. Should we be looking not only at public transit but also at social transit, so that we could integrate them, and buses that are just sitting there vacant at one agency could be used by another agency for good things that need to be done in the community? That would help everyone.

[Translation]

Mr. Castonguay: One of the problems when we start to look at this kind of solution and we are talking about mass transit or urban transit is not necessarily that it is the resources that are barriers or impediments, it is the rules in place that make it difficult to coordinate the systems. My own opinion is that when the rules are breaking the people, it's time we started breaking the rules. At some point, those rules have to be adjusted. There are rules that are truly ridiculous and that prevent us from sharing. I think we all agree on one thing: there is only one taxpayer.

What happens is that we pay for all these institutions. But rules or systems are made at different levels that mean that we are unable to coordinate them and adapt them so they are better able to meet the needs of our populations.

Essentially, what we need is not always new resources, it is to change the rules. It is what I call a paradigm shift; instead of working in vertical tiers, we have to work horizontally and we have to fit all the pieces together.

[English]

Senator Mercer: Mr. Castonguay, you also talked about the issue of diabetes educators. This is a problem in Ontario. I used to volunteer for the Canadian Diabetes Association, so I understand.

beaucoup pour justifier les coûts. Selon mon expérience au ministère des Anciens Combattants, il me semble que le processus, les normes et les procédures sont en place. Le travail, sur ce plan, a déjà été fait.

J'apprécie votre préoccupation parce qu'il n'y a pas de doute que l'élargissement du programme serait coûteux. Il faudrait toutefois l'analyser de manière à déterminer si les avantages d'un programme semblable au PAAC pour tous les Canadiens compenseraient les coûts.

Le sénateur Mercer : C'est une remarque très pertinente.

Monsieur Castonguay, vous êtes plusieurs à avoir parlé du transport en commun. Nous avons entendu dire que des organismes sociaux, des organismes caritatifs et la Société canadienne du cancer offrent des services de transport. Évidemment, il y a également le transport en commun.

Je vois donc apparaître un concept qui intègre tous ces services. M. Rapelje nous a dit que l'organisme où il travaillait avait un certain nombre d'autobus, et qu'il se situait à côté d'une école. Il ne pouvait pas prêter ses autobus aux responsables de l'école en raison de problèmes liés à l'assurance. Nous devrions nous pencher non seulement sur le transport en commun, mais également sur le transport social. Nous pourrions ainsi intégrer les services de transport, et les autobus qui demeurent inutilisés par un organisme particulier pourraient être utilisés par un autre organisme à des fins positives pour la collectivité? Cela aiderait tout le monde.

[Français]

M. Castonguay : Un des problèmes, lorsqu'on commence à regarder une telle solution et qu'on parle de transport en commun ou de transport urbain, ce n'est pas nécessairement les ressources qui représentent des embûches ou des empêchements, ce sont les règles qui sont en place qui rendent difficile la coordination des systèmes. Je suis d'avis que quand les règles cassent les gens, il est temps qu'on commence à casser les règles. À un moment donné, il faut les adapter, ces règles. Il y a des règles qui sont vraiment ridicules et qui nous empêchent de partager. Je pense qu'on est tous d'accord pour dire une chose : il y a seulement un payeur de taxe.

Ce qui arrive, c'est qu'on paie toutes ces institutions. Cependant, à différents niveaux on crée des règles ou des systèmes qui font qu'on n'est plus capable de les coordonner et de les adapter pour mieux répondre aux besoins de nos populations.

Dans le fond, ce n'est pas toujours de nouvelles ressources dont on a besoin, c'est d'un changement des règles. C'est ce que j'appelle le changement du paradigme; au lieu de travailler en silo, on doit travailler de façon horizontale et on doit agencer les pièces ensemble.

[Traduction]

Le sénateur Mercer : Monsieur Castonguay, vous avez également parlé du problème de la sensibilisation au diabète. C'est un problème en Ontario. J'ai été bénévole pour l'Association canadienne du diabète, alors je comprends.

This morning, we heard an interesting idea from Mr. Peirce, who was here from the Hamilton Niagara Haldimand Brant Community Care Access Centre. He talked about telemedicine. I think this helps us, because if we do not have francophones in the community who have the training or there are not enough francophone nurses or diabetes educators, if they are not here, bring them here by telephone.

[*Translation*]

Mr. Castonguay: That is what I was just telling Senator Chapat. Our Community Health Centre was the first in Ontario to implement a videoconferencing system to connect to service points. Programs for managing chronic illnesses, like diabetes and hypertension, and nutrition, are given by videoconference with a nurse, a nutritionist in the studio, and an audience in Welland.

I am currently in touch with my colleagues across the province to see how we can bring Cornwall, Sudbury and Kapuskasing together. As I said, there is a shortage of nurse practitioners. Francophone doctors are not lining up to come and practise in Ontario. We hope that the medical school in Sudbury will help us, but the first graduates have not come out yet. So we have to find innovative methods.

[*English*]

Mr. Rapelje: I would like to make one comment on transportation. When I started, I said that one of the issues when I was before the Croll Senate committee was transportation, and it still is today. We have talked about it forever but never seem to be able to find a solution.

I wonder when I see the buses going through this town with one, two or three people on them. Are there are hundreds of people who would use the bus, seniors or others, if they could afford it? I do not know whether we can answer that question or whether we should at least try to find out whether there is a connection between cost and the number of users. There have to be more people who could benefit from the bus system. We are always saying we do not have a transit system. We have one, but not for all needs.

Is there a reason that we have not figured out yet why more people do not use public transit?

The Chair: I think we may be solving that problem with the high cost of driving automobiles.

I want to thank all of you very much for your presentations this afternoon.

I will end on this note. We were talking about the Canadian Institutes of Health Research and the issue of trying to get the research into the hands of individual Canadians, because of course it is often written in a language.

Ce matin, nous avons entendu une idée intéressante de M. Peirce, qui a comparu en tant que représentant du Centre d'accès aux soins communautaires de Hamilton Niagara Haldimand Brant. Il a parlé de la télémédecine. Je pense qu'il s'agit d'un service utile parce que s'il n'y a pas de francophones dans la collectivité qui ont la formation nécessaire ou s'il n'y a pas suffisamment d'infirmières ou d'éducateurs spécialisés en diabète francophones, on peut leur parler par téléphone.

[*Français*]

M. Castonguay : C'est ce que je disais tantôt au sénateur Chapat. Notre Centre de santé communautaire a été le premier en Ontario à mettre en place un système de vidéoconférence pour rejoindre deux points de service. Les programmes de gestion de maladies chroniques, comme le diabète, l'hypertension, la nutrition se font par vidéoconférence avec une infirmière, une nutritionniste en studio et un auditoire à Welland.

Je communique présentement avec mes collègues à travers la province pour voir comment on peut regrouper Cornwall, Sudbury, Kapuskasing. Comme je l'ai mentionné, il y a une pénurie d'infirmières praticiennes. Les médecins francophones ne sont pas en ligne pour venir pratiquer en Ontario. On espère que l'école de médecine de Sudbury nous aidera, mais les premiers diplômés ne sont pas sortis. Il faut donc trouver des moyens novateurs.

[*Traduction*]

M. Rapelje : J'aimerais faire un commentaire sur le transport. Au début de mon exposé, j'ai dit que l'un des problèmes que j'ai abordés quand je siégeais au comité sénatorial du sénateur Croll était le transport, et c'est un problème qui me touche encore aujourd'hui. Nous parlons de ce problème depuis toujours, mais il semble que nous ne trouvions jamais de solution.

Quand je vois les autobus qui passent dans cette ville avec une, deux ou trois personnes à bord, je me demande s'il y en a des centaines d'autres, des personnes âgées ou autres, qui prendraient l'autobus si elles pouvaient se le permettre? Je ne sais pas si nous pouvons répondre à cette question ou si nous devrions au moins tenter de déterminer s'il y a un lien entre le coût et le nombre d'utilisateurs. Il faut qu'il y ait plus de gens qui puissent bénéficier du réseau d'autobus. Nous répétons toujours que nous n'avons pas de réseau de transport en commun. Nous en avons un, mais il ne répond pas à tous les besoins.

Y a-t-il une raison pour laquelle nous n'avons pas encore compris pourquoi il n'y a pas davantage de gens qui utilisent le transport en commun?

La présidente : Je pense que nous sommes en train de résoudre le problème avec les coûts élevés liés à la conduite d'automobiles.

Je voudrais tous vous remercier de vos exposés cet après-midi.

Je terminerai avec le commentaire suivant. Nous avons parlé des Instituts de recherche en santé du Canada et du problème de l'accessibilité de la recherche pour les Canadiens, qui est lié à l'usage d'une langue technique.

I should tell you about my meeting with all of the scientific directors of the Canadian Institutes for Health Research, when I was trying to promote their engagement in the issue of palliative care. The scientific director for cardiology said, "It is very nice to have you here, senator, but I do not know why I am here. You are talking about the care of the dying. We have the Institute of Aging, which should be engaged in that issue." I turned to him and said, "Doctor, does nobody die in your area?" He said, "Of course they die," and I said, "That is why you are here."

That is why you are all here today, because you all have a great deal of knowledge and expertise that we are trying to acquire so that we can produce a report. I hope you find your ideas reflected in our final report, which we will table on September 30.

Mr. Rose: I am glad you asked me to speak before Doug Rapelje. He is a hard guy to follow.

The Chair: He is indeed. He has a lot of expertise. Thank you.

Mr. Rapelje: May I have the last word? I have watched your efforts on behalf of seniors for a long time, and I think Canada is very fortunate to have someone like you who is a real advocate for seniors. I want to say thank you to all the committee, but your voice particularly is a strong one at that level.

The Chair: Thank you very much.

We will move now into the last phase of our presentations this afternoon. We would like to hear from individuals who are sitting in the audience and who have been sitting there for a long time, some of them. We will ask them to come to the table. They will get only five minutes, and I am very tough on this. I will cut you off at five minutes. There will be no question and answer presentation from senators in this particular session. This will give presenters the opportunity to tell us what they think might make a contribution to our report.

I will begin with Mr. Gary Atamanyk, who says he is in private business in Ontario, although he is a former teacher and now a trustee. We would ask Mr. Roland Méthot of le Centre polyvalent des aînés francophones de Port Colborne to join us at the table, and also Marlene Slepko, who is with the VON. I have to say I may have a slight bias here, because I am on the advisory council to the Victorian Order of Nurses, so obviously I will be impressed with anything she has to say.

Gary Atamanyk, as an individual: Thank you very much, honourable senators, for allowing me to address you here today. I am honoured.

About 10 years ago, the United Nations declared the International Year of Older Persons. It was celebrated throughout the world. They advanced a number of principles concerning seniors that they wanted promoted throughout the world.

Je devrais vous parler de ma rencontre avec tous les directeurs scientifiques des Instituts de recherche en santé du Canada pour tenter d'obtenir leur engagement face aux soins palliatifs. Le directeur scientifique responsable de la cardiologie a affirmé : « Je suis très heureux de vous voir, sénateur, mais je ne sais pas pourquoi je suis ici. Vous parlez des soins pour les personnes mourantes. Nous avons l'Institut du vieillissement, qui devrait se préoccuper de cette question. » Je me suis tournée vers lui et j'ai répondu : « Docteur, personne ne meurt dans votre domaine? » Il a dit : « Bien sûr que oui », et moi de lui répondre : « C'est pour cette raison que vous êtes ici. »

C'est pourquoi vous êtes tous ici aujourd'hui, parce que vous avez une expertise et des connaissances considérables, dont nous voulons bénéficier pour produire un rapport. J'espère que vous trouverez que vos idées sont reflétées dans notre rapport final, qui sera déposé le 30 septembre.

M. Rose : Je suis heureux que vous m'ayez demandé de parler avant Doug Rapelje. Je n'aurais pas voulu passer après un gars comme lui.

La présidente : Je vous comprends. Il a une expertise impressionnante. Merci.

M. Rapelje : Puis-je dire un dernier mot? J'ai été témoin des efforts que vous déployez pour les personnes âgées depuis longtemps et je pense que le Canada a de la chance d'avoir quelqu'un comme vous qui défend les intérêts des aînés. Je voudrais remercier tout le comité, mais votre voix, en particulier, se fait bien entendre à cet égard.

La présidente : Merci beaucoup.

Nous passerons maintenant aux derniers exposés de l'après-midi. Nous aimerions entendre les membres de l'assistance, dont certains attendent depuis longtemps. Nous leur demanderions de s'approcher de la table. Vous n'aurez que cinq minutes. Je serai très sévère là-dessus. Je vous couperai après cinq minutes. Il n'y aura pas de questions ni de réponses des sénateurs au cours de cette session particulière. Les intervenants auront l'occasion de nous faire des suggestions pour notre rapport.

Je commencerai avec M. Gary Atamanyk, qui affirme avoir une entreprise privée en Ontario, être un ancien enseignant et faire maintenant partie d'un conseil d'administration. Nous demanderions à M. Roland Méthot du Centre polyvalent des aînés francophones de Port Colborne et à Marlene Slepko, des infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada, de se joindre à nous. Je dois dire qu'il se peut que je fasse preuve d'une certaine partialité puisque je siège au conseil d'administration du VON. Je serai donc évidemment impressionnée par ce qu'elle a à dire.

Gary Atamanyk, à titre personnel : Mesdames et messieurs, je vous remercie de me permettre de m'adresser à vous aujourd'hui. J'en suis honoré.

Il y a environ dix ans, les Nations Unies ont déclaré que 1999 serait l'Année internationale des personnes âgées. Cette année a été célébrée partout dans le monde. L'ONU a affirmé un certain nombre de principes concernant les personnes âgées qu'elle voulait voir appliqués partout.

One principle was to promote seniors' ability to have independence by providing the support required to have fulfilling individual lives, like living at home. Another principle was participation, by providing opportunities for decision making and communication within the family, community and society as a whole. The next principle was care, providing accessibility to health care, social, legal and other services that enhance personal security and a safe, humane and caring environment. Next is self-fulfillment, providing access to educational, cultural, spiritual and recreational resources. The final principle was dignity, providing respect for a client's dignity, beliefs, privacy and security.

I took that to heart when I retired from teaching back in 1998, and I made it the mission statement of a private company that I started.

This company has not been able to operate for eight years now, when I tried to begin it. We have run into roadblocks that private business can run into. Briefly, this is a companion service that has a network of independent contractors and can serve all 12 municipalities in Niagara Region 24 hours a day, 7 days a week, 365 days a year. The service is very low cost. The transportation is provided absolutely free, time and distance. It is available by appointment from one's home. The clients are transported to where they need the companion service. They pay for the time during which they require the companion service, and then they are given absolutely free transportation home again.

This business addresses the cultural problems, transportation problems and accessibility problems that have all been brought up here today, and many others. In fact, a person would no longer be isolated if this service were allowed to operate.

I have provided a package with some of the details and circumstances that can make it clear what can happen. Private businesses use no charity money and cost no taxpayer dollars. In fact, part of the business pays taxes.

Unfortunately, the business is being hindered in Ontario from providing the services that seniors, partially disabled, low-income earners and other vulnerable groups require. Therefore, I make the following recommendations, which I feel will solve the problem:

First, reinstate the federal program of financial support for worthy legal challenges by small businesses when they seek justice for seniors. Small private businesses cannot afford the cost of legal challenges required to defend seniors' human rights. This federal program for legal financial support has been terminated, but it did exist.

Second, allow the RCMP in Ontario to investigate instances of possible irregularities in municipalities that might adversely affect seniors. The RCMP can do this in other provinces, I have been

L'un de ces principes était de permettre aux personnes âgées d'être autonomes en leur fournissant le soutien nécessaire pour qu'elles puissent vivre leur vie de façon satisfaisante en demeurant chez elles, par exemple. Un autre des principes énoncés était la participation, qui prévoyait des occasions de faire participer les aînés à la prise de décisions et à la communication au sein de leur famille, de la communauté et de la société dans son ensemble. Selon le prochain principe, qui concerne les soins, on devrait s'assurer que les personnes âgées ont accès à des soins de santé, à des services sociaux et juridiques, et à d'autres services qui assurent leur protection et leur fournissent un milieu sûr et humain. Le principe suivant est l'épanouissement personnel qui nous appelle à leur garantir un accès à des ressources sur les plans éducatif, culturel, spirituel et récréatif. Pour respecter le dernier principe, celui de la dignité, on doit respecter la dignité, les croyances, la vie privée et la sécurité des personnes âgées.

Ces principes me tenaient à cœur, et, quand j'ai pris ma retraite de l'enseignement en 1998, j'ai fait d'eux l'énoncé de mission d'une entreprise privée que j'ai lancée.

Depuis huit ans, depuis que j'ai essayé de lancer cette entreprise, je ne peux pas l'exploiter. Nous avons rencontré des obstacles qui sont le lot des entreprises privées. En bref, il s'agit d'un service qui comprend un réseau d'entrepreneuriat indépendant et qui est offert dans les 12 municipalités de la région du Niagara, 24 heures sur 24, sept jours sur sept, 365 jours par année. Le service est très abordable. Le transport est fourni sans frais, sans égard au temps et à la distance. Il est accessible sur rendez-vous, et on passera vous prendre chez vous. Les clients sont amenés là où ils ont besoin du service d'accompagnement. Ils paient pour la durée du service d'accompagnement, puis, on les ramène chez eux absolument gratuitement.

Cette entreprise règle, en partie, tous les problèmes culturels, de transport et d'accessibilité qui ont été abordés aujourd'hui, et de nombreux autres. En fait, une personne qui bénéficierait de ce service ne se sentirait plus isolée si on nous permettait de l'offrir.

J'ai fourni une trousse avec certains des détails et des renseignements qui expliquent le service. Les entreprises privées n'exigent pas de dons ni d'argent de la part des contribuables. Dans les faits, les entreprises privées paient des taxes et impôts.

Malheureusement, en Ontario, l'entreprise ne peut pas fournir les services dont les personnes âgées, les personnes partiellement handicapées, les salariés à faible revenu et d'autres groupes vulnérables ont besoin. Par conséquent, je fais les recommandations suivantes, qui, selon moi, permettraient de régler le problème.

Premièrement, on devrait réinstaurer le programme fédéral de soutien financier pour les petites entreprises qui veulent recourir à la justice pour défendre les intérêts des personnes âgées. Les petites entreprises privées ne peuvent pas engager les coûts de telles procédures, qui leur permettraient de défendre les droits des aînés. Ce programme fédéral de soutien financier pour les procédures judiciaires a été annulé, mais il a déjà existé.

Deuxièmement, on devrait permettre à la GRC en Ontario d'enquêter sur les cas possibles d'irrégularités dans les municipalités qui peuvent avoir des répercussions négatives sur

told by top RCMP officials in Ontario. It is not included in their mandate in Ontario, however; for some reason or other they are limited.

I thank you very much for your time. I am always available. You will get my literature, and I look forward to hearing from you.

[*Translation*]

Roland Méthot, Chair, Centre polyvalent des aînés francophones de Port Colborne: Madam Chair, my name is Roland Méthot, and I am the chair of the board of directors of the Centre polyvalent des aînés francophones de Port Colborne.

I would say at this point that the Centre polyvalent des aînés francophones is managed and operated by volunteers, as it has been since it opened in 1990. So I would like to give you a very brief description of the Centre des aînés de Port Colborne.

The centre was created in 1975 to meet what had become a very pressing need for francophone seniors in Port Colborne and the surrounding area, who wanted to have a centre for recreational, educational and social activities. In 1988, the members had been meeting up to then in a classroom at the école St-Joseph, and they purchased a building at 184 Mitchell Street in Port Colborne. In 1990, the centre was incorporated as a non-profit organization, and in 2004, it was given charitable status.

The centre's mission is to provide a better quality of life for francophone seniors, in terms of physical, psychological and social health, and education. In the beginning, the Centre had about 10 people. Today, it has more than 200 members, about 30 of whom are 80 years of age or older.

The Centre operates five days and four evenings a week, and offers programs to promote the physical, psychological, and social health and meet the educational needs of francophone seniors as they age, which include exercise, bridge, crafts, line dancing, two intergenerational programs, one for students from école St-Joseph to cook and another that teaches crafts to the same group of students from école St-Joseph, broom games, billiards, monthly dinners, health workshops and a monthly newsletter, to name just a few examples.

Our centre spares no effort to bring its members any new information and anything else that might contribute to their well-being and vitality.

We still have major challenges. Although the Centre des aînés francophones de Port Colborne is unique in the region, unlike the other centres it unfortunately does not have receive financial support from the municipality or the ministries that could enable it to cover its basic operating expenses.

les personnes âgées. Des représentants officiels de la GRC en Ontario m'ont dit que cela est possible dans d'autres provinces. Toutefois, en Ontario, ces mesures ne font pas partie de son mandat; pour une raison quelconque, son pouvoir est limité à cet égard.

Je vous remercie de votre temps. Je suis toujours disponible. Vous recevrez mes documents, et j'ai hâte d'avoir de vos nouvelles.

[*Français*]

Roland Méthot, Président, Centre polyvalent des aînés francophones de Port Colborne : Madame la présidente, je m'appelle Roland Méthot, et je suis le président du conseil d'administration du Centre polyvalent des aînés francophones de Port Colborne.

J'ose dire à ce point que le Centre polyvalent des aînés francophones est géré et opéré par des bénévoles, et ce, depuis son inscription en 1990. À ce titre, je souhaite vous présenter très brièvement le Centre des aînés de Port Colborne.

Le centre est né en 1975 pour répondre à un besoin devenu très pressant pour les aînés francophones de Port Colborne et environs, qui désiraient se doter d'un centre d'activités récréatif, éducatif et social. En 1988, les membres se réunissaient jusque-là dans une classe à l'école St-Joseph, et ont fait l'acquisition d'un immeuble situé au 184, rue Mitchell à Port Colborne. En 1990, le centre a été incorporé comme organisme à but non lucratif et en 2004, il a obtenu son statut d'organisme de bienfaisance.

La mission du centre est d'assurer une meilleure qualité de vie aux personnes âgées francophones sur les plans physiques, psychologiques, santé sociale, éducatif. Au début, le centre comptait une dizaine de personnes. Aujourd'hui, le centre regroupe plus de 200 membres, dont une trentaine sont âgés de 80 ans et plus.

Le centre fonctionne cinq jours et quatre soirs par semaine, et offre des programmes qui visent le bien-être physique, psychologique, social et éducatif pour le vieillissement en santé des aînés francophones, dont notamment des exercices de santé, le bridge, l'artisanat, la danse en ligne, deux programmes intergénérationnels, un qui enseigne la cuisson, la cuisine aux élèves de l'école St-Joseph, et l'autre qui enseigne l'artisanat au même groupe d'élèves de l'école St-Joseph, des jeux de balai, le billard, deux soupers mensuels, des ateliers sur la santé, un bulletin mensuel, pour ne citer que quelques exemples.

Notre centre ne ménage aucun effort pour apporter à ses membres toute information et tout élément nouveau pouvant contribuer à leur bien-être et à leur épanouissement.

Nos défis restent très importants. En effet, bien qu'unique dans la région, le Centre des aînés francophones de Port Colborne, contrairement aux autres centres, ne jouit malheureusement pas de l'appui financier de la municipalité ni des ministères qui pourraient lui assurer la couverture de ses frais opérationnels de base.

Madam Chair, I sincerely hope that today's meeting will be followed by concrete action that will produce positive results in terms of funding for centres like ours.

To conclude, the polyvalent day centre is, I would repeat, managed and administered by volunteers, and the programs are open to the entire community, not just to members.

[English]

[English]

Marlene Slepko, Interim Branch Manager, VON Canada: Good afternoon. Thank you for this opportunity to speak before the Special Senate Committee on Aging. Today I am representing VON, the Victorian Order of Nurses. I have been employed all of my nursing life, 34 years.

We are a national, not-for-profit, charitable organization offering a wide range of community health solutions that meet the needs of Canadians from coast to coast. Although we are a national organization, the great strength of VON is that it also addresses the unique local needs in provinces across Canada. VON is able to provide a variety of programs, both paid and charitable, including Meals on Wheels and adult day programs. These and other community programs are invaluable for the most vulnerable in society and allow them to access the support they need to remain independent in their communities.

In December of last year, VON Canada forwarded a formal submission to the Committee that provided a global perspective on a number of topics affecting seniors, such as home and community care, chronic disease prevention and management and family and friend caregivers. It also included technology in the home.

However, today I would like to provide the local perspective and highlight a few programs in Niagara that contribute to the health and well-being of seniors. In Niagara, we have one of the highest populations of seniors in Canada, and VON Niagara offers a number of programs to respond to their needs, including home support, offering respite to caregivers and personal support to clients, such as helping with housekeeping. We offer foot care services; we have over 30 clinics a month in Niagara, plus we do in-home foot care visits. The VON Living with Parkinson's Program offers educational sessions, caregiver support and exercise programs to those suffering from Parkinson's in order to maintain mobility. The nurse practitioner clinic in Ridgway provides much needed primary health care to those underserved or orphaned patients, many of whom are seniors. Lastly, the

J'ose, madame la présidente, ardemment espérer que la rencontre d'aujourd'hui sera suivie d'actions concrètes qui donneront lieu à des résultats positifs du point de vue du financement pour des centres comme le nôtre.

Pour conclure, le centre polyvalent de jour est, je le répète, géré et administré par des bénévoles, et les programmes sont ouverts à toute la communauté, pas seulement aux membres.

Cela dit, madame la présidente, je vous remercie de m'avoir permis de prendre la parole. S'il y a des questions, je suis prêt à y répondre.

[Traduction]

Marlene Slepko, directrice de succursale par intérim, VON Canada : Bon après-midi. Je vous remercie de cette occasion de comparaître devant le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement. Aujourd'hui, je représente le VON, c'est-à-dire les Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada. Pendant toute ma vie d'infirmière, c'est-à-dire 34 ans, j'ai travaillé.

Nous sommes un organisme de bienfaisance national sans but lucratif qui offre un large éventail de solutions en matière de soins de santé communautaires qui répondent aux besoins des Canadiens d'un océan à l'autre. Même si nous sommes une organisation nationale, la grande force du VON est que l'organisme répond également aux besoins locaux uniques dans toutes les provinces du Canada. Le VON est en mesure de fournir divers programmes, qu'il s'agisse de programmes payants ou de bienfaisance, dont des repas livrés à domicile — la popote roulante — et des programmes d'activités pour adultes. Ces programmes communautaires et bien d'autres sont d'une grande valeur pour les membres les plus vulnérables de la société et leur permettent d'avoir accès au soutien dont ils ont besoin pour demeurer autonomes dans leurs collectivités.

En décembre de l'année dernière, VON Canada a envoyé des observations officielles au comité, qui fournissaient une perspective globale sur un certain nombre d'enjeux qui touchent les personnes âgées, comme les soins à domicile et les soins communautaires, la prévention et la gestion des maladies chroniques et les soignants qui sont des membres de la famille ou des amis. Ces enjeux comprenaient également la technologie dans le domicile.

Cependant, aujourd'hui, j'aimerais fournir la perspective locale et souligner quelques programmes que nous avons à Niagara et qui contribuent à la santé et au bien-être des personnes âgées. À Niagara, nous avons l'une des populations de personnes âgées les plus importantes au pays, et VON Niagara offre un certain nombre de programmes pour répondre à leurs besoins, y compris des services à domicile, un répit pour les soignants et un soutien personnel aux clients, ce qui comprend une aide ménagère. Nous offrons des services de soins des pieds, nous tenons plus de 30 cliniques par mois à Niagara, et nous faisons également des consultations à domicile pour les soins des pieds. Le programme Living with Parkinson's de VON offre des séances d'information, un soutien aux soignants et des programmes d'exercices pour les personnes qui souffrent de la maladie de Parkinson de façon à les

cardiovascular health awareness action plan in Thorold aims to help seniors with modified risk factors for cardiac disease and stroke to take steps to improve their health.

These programs are supported through several provincial community founders, and we are very appreciative of their support. However, the reality is that the needs far outreach the supply. We are constantly challenged to ensure seniors are able to access services in a timely manner because of the lack of financial and health human resources. This needs to change.

Seniors require ready access to programs and services that support aging in the home, with the focus on wellness rather than on illness. However, our current approach to health is reactive rather than proactive. With the majority of resources allocated to institutions, such as hospitals, this acute care focus approach does little to help seniors stay healthy and well in their homes. Resources must be reallocated to fix this imbalance.

The federal government needs to demonstrate leadership on this file and work with provinces and territories to help provide comprehensive support to seniors across Canada. We know it can be done. For example, the Veterans Independence Program provided by the federal government is a prime example of a comprehensive approach to healthy living. All seniors deserve similar treatment and would benefit from such an approach. I was glad to hear that from the previous speaker.

Services like the ones I mentioned previously are important support for seniors and their families. With adequate resources, we could help all Canadians age successfully in their homes and communities. This is a need our staff and volunteers witness every day. Thank you very much for this opportunity to speak on behalf of VON Niagara.

The Chair: We have one other person who has joined our table, Mr. Ron Walker, a retired steelworker.

Ron Walker, as an individual: I am a retired steelworker, but I have actually worked in the auto parts industry. At one point, the steelworkers and metalworkers merged into the same unit.

I appreciate being able to address the Senate committee here today. I just became aware, through the media, that you were coming.

aider à conserver leur mobilité. La clinique d'infirmières praticiennes à Ridgway fournit les soins de santé primaire dont ont si grandement besoin les patients qui ne reçoivent pas suffisamment de services ou qui n'ont pas de médecins, et qui sont, en grande partie, des personnes âgées. Enfin, le plan d'action et de sensibilisation à la santé cardiovasculaire à Thorold vise à aider les personnes âgées qui ont des facteurs de risque modifiés de maladies cardiaques et d'AVC à prendre des mesures pour améliorer leur santé.

Ces programmes sont appuyés par plusieurs associations communautaires provinciales, et nous apprécions grandement leur soutien. Toutefois, la réalité est que les besoins dépassent de beaucoup l'offre. Nous avons toujours de la difficulté à garantir que les personnes âgées peuvent accéder à des services en temps opportun en raison du manque de ressources financières et humaines dans le domaine de la santé. Cette situation doit changer.

Les aînés doivent avoir facilement accès aux programmes et aux services qui les appuient à domicile et qui mettent l'accent sur le bien-être, plutôt que sur la maladie. Or, notre approche actuelle à la santé est réactive, plutôt que proactive. Comme la majorité des ressources sont affectées aux établissements, comme les hôpitaux, cette approche qui met l'accent sur les soins actifs n'aide pas les personnes âgées à rester en santé et à être bien dans leur domicile. Des ressources doivent être réaffectées pour régler ce déséquilibre.

Le gouvernement fédéral doit faire preuve de leadership dans ce dossier et travailler en collaboration avec les provinces et les territoires pour offrir un plein soutien aux personnes âgées de toutes les régions du Canada. Nous savons que c'est possible. Par exemple, le Programme pour l'autonomie des anciens combattants fourni par le gouvernement fédéral est un exemple concret d'une approche globale à un mode de vie sain. Toutes les personnes âgées méritent un traitement semblable et bénéficieraient d'une telle approche. J'ai été heureuse d'entendre un des intervenants le dire.

Les services comme ceux que j'ai mentionnés constituent un soutien important pour les personnes âgées et leur famille. Avec des ressources adéquates, nous pourrions aider tous les Canadiens à bien vieillir dans leur domicile et dans leur collectivité. C'est un besoin dont témoignent quotidiennement notre personnel et nos bénévoles. Merci beaucoup de m'avoir donné l'occasion de parler au nom de VON Niagara.

La présidente : Il y a une autre personne qui s'est jointe à nous, M. Ron Walker, qui est un métallurgiste à la retraite.

Ron Walker, à titre personnel : Je suis un métallurgiste à la retraite, mais, dans les faits, j'ai travaillé dans l'industrie des pièces d'automobile. À une certaine époque, on ne faisait plus la différence entre les gens qui travaillaient le fer et ceux qui travaillaient le métal.

Je suis heureux d'avoir l'occasion de m'adresser au comité sénatorial aujourd'hui. Je viens d'apprendre par les médias que vous seriez ici.

I would appreciate it if more of our municipal politicians were here today as well, but they have a Smart Niagara activity going on simultaneously, which I did not go to because it costs \$100 a day. I took the easy, direct route.

Earlier on, one of the presenters made a reference to elected officials. My understanding is that you are not elected officials. Unfortunately, the power rides with elected officials, who are the ones who can decide what to do or not to do with your recommendations. However, I appreciate that you are doing serious work on this.

I do not really think the Prime Minister was serious when he threatened to abolish the Senate. I think it was just a threat at the time because he was not getting his way.

Some of the questions that came up during the presentations show me that there is still some concern about recognizing what wealth is and then what distribution of wealth is, and what are cost and, lastly, adequate resources. I, too, believe there is no shortage of resources in Canada, but a lot of confusion is created as to what is wealth and how that wealth should be distributed.

The unions have been speaking for a long time in Ontario about the manufacturing crisis, because it is our belief that what is not created cannot be distributed. Therefore whatever policies we work out for dealing with the aging population in Canada, they cannot be developed apart from the overall development of the economy in Canada and the social economy in Canada.

That is really all I wanted to point out to the committee, that there are many questions that have to be addressed in Canada, and one of them is ensuring the continued production of wealth in this country and not letting the financial resources, which are very powerful and very flexible globally and so on, dictate everything, because they are not the producers of wealth; they are just involved in distribution. Distribution is not necessarily favourable to the actual citizens and population of Canada.

At the Smart Growth event, they are talking about things like the energy crisis and global warming and the cost of getting food to the people, and yet they are letting a cannery close. It may work out alright in the short term — you may get your can of peaches cheaper — but 10 or 15 years from now, when it is prohibitive to bring in pears and peaches from China, we will regret the short-sightedness of letting that kind of thing happen.

I really appreciate the presentations today. Many people had good ideas. I briefly read through the options at the back and I appreciate the suggestions people made as to where those options could be tweaked a little bit, but I am sure you are still working on the final report. Thank you for letting me speak.

J'aurais aimé qu'un plus grand nombre de nos politiciens municipaux soient ici aujourd'hui, mais il y a une activité de Smart Niagara qui se passe aujourd'hui et à laquelle je n'ai pas pu participer parce qu'elle coûtait 100 \$ par jour. J'ai pris le chemin le plus facile et le plus direct.

Plus tôt, l'un des intervenants a fait allusion aux représentants élus. Selon ce que j'ai compris, vous n'êtes pas des représentants élus. Malheureusement, le pouvoir appartient à ces représentants élus, qui décideront s'ils donneront suite à vos recommandations. Cependant, je sais que vous faites du très bon travail à cet égard.

Je ne crois pas que le premier ministre était sérieux quand il a menacé d'abolir le Sénat. Je pense qu'il a proféré une telle menace parce que les choses n'allaient pas comme il le voulait.

Certaines des questions qui ont été soulevées pendant les exposés m'ont montré qu'on se préoccupe toujours de ce qu'est la richesse, de la distribution de cette richesse, des coûts, et enfin, des ressources adéquates. Moi non plus je ne crois pas qu'il y ait un manque de ressources au Canada, mais il y a beaucoup de confusion relative à ce qu'est la richesse et à la manière dont elle devrait être distribuée.

Les syndicats en Ontario parlent depuis longtemps de la crise manufacturière parce que nous croyons qu'on ne peut pas distribuer ce qu'on n'a pas créé. En conséquence, quelles que soient les politiques que nous élaborons pour régler le problème du vieillissement de la population au Canada, elles ne peuvent pas être élaborées sans égard à la croissance économique et à l'économie sociale globale du Canada.

C'est là la seule chose que je voulais dire au comité. Il y a plusieurs problèmes qui doivent être réglés au Canada, et l'un d'eux est de garantir la création continue de la richesse dans ce pays et de ne pas laisser les ressources financières, qui déterminent beaucoup de choses et qui sont très souples dans l'ensemble, décider de tout. Ces ressources ne créent pas la richesse; elles ne concernent que la répartition de cette dernière. La répartition n'est pas nécessairement favorable aux vrais citoyens et à la population du Canada.

À l'événement de Smart Growth, ils discutent de questions comme la crise énergétique, le réchauffement de la planète et les coûts nécessaires pour le transport de la nourriture. Pourtant, ils permettent la fermeture d'une conserverie. Il se peut qu'il n'y ait pas de répercussions négatives à court terme — vous pouvez peut-être acheter votre boîte de pêches pour moins cher — mais, dans dix ou 15 ans, quand on ne pourra plus importer des poires et des pêches de la Chine, nous regretterons notre manque de clairvoyance et le fait que nous ayons laissé ce genre de choses arriver.

J'ai beaucoup apprécié les exposés qui ont été présentés aujourd'hui. De nombreuses personnes avaient de bonnes idées. J'ai lu rapidement les options au verso et j'apprécie les suggestions pour l'amélioration de ces options, mais je suis certain que vous travaillez toujours au rapport final. Merci de m'avoir laissé parler.

The Chair: Thank you, Mr. Walker. Your contribution and those of all who presented to us this afternoon have extreme value.

Before we adjourn, I want to thank very much the Rose City Seniors Activity Centre and particularly John Rose, who made all of this possible. We had a wonderful day. We had a wonderful lunch. I want the recipe for the soup.

Mr. Walker: I am sorry. I missed just one point.

We are losing our defined pension plans, and that will have an extremely negative impact on women. Under the contracts that are negotiated, there are legal sureties for the widows and for the spouses if a marriage breaks down, but under non-defined pension plans, there is no security that women will actually be able to access any of those pension plans.

The Chair: You are absolutely right, and we have had that presented to us. Thank you.

The committee adjourned.

La présidente : Merci, monsieur Walker. Votre contribution et celle de toutes les personnes qui se sont adressées à nous cet après-midi ont été très importantes.

Avant de lever la séance, j'aimerais remercier le Centre d'activités pour les aînés de Rose City, et particulièrement John Rose, qui a rendu tout cela possible. Nous avons passé une magnifique journée. Le repas était magnifique. Je veux la recette de la soupe.

M. Walker : Je suis désolé. J'ai oublié quelque chose.

Nous sommes en train de perdre nos régimes à prestations déterminées, et cela aura des répercussions très négatives sur les femmes. En vertu des contrats qui sont négociés, il y a des garanties légales pour les veuves et pour les conjoints en cas de divorce, mais dans le cadre des régimes de pensions à prestations non déterminées, il n'y a aucune garantie que les femmes seront en mesure d'accéder à ces régimes de pensions.

La présidente : Vous avez tout à fait raison, et c'est une préoccupation dont on nous a déjà fait part. Merci.

La séance est levée.

Hamilton Council on Aging:

Denise O'Connor, Executive Director;
Carolyn Rosenthal, Chair, Board of Directors.

Community Support Services of Niagara:

Wendy Walker, Executive Director;
Patricia Tooley, Program Manager;
Pat Frank, Chair, the Board of Directors.

Friday, May 9, 2008 (afternoon session)

Older Women's Network:

Thelma McGillivray, Past Chair.

Canadian Pensioners Concerned Incorporated:

Christine Mounstevan, President, Ontario Division;
Sylvia Hall, Secretary/Treasurer, Ontario Division.

Rose City Seniors Activity Centre:

John Rose, Vice-Chairperson.

Welland Accessibility Advisory Committee:

Russ Findlay, Chair.

Senior Citizens Advisory Committee to the City of Welland:

Doug Rapelje, Representative.

Francophone Community Health Centre Hamilton/Niagara:

Marcel Castonguay, Director General.

Foyer Richelieu:

André Tremblay, Director General.

As an individual:

Gary Atamanyk.

Centre polyvalent des aînés francophones de Port Colborne:

Roland Méthot, Chair.

VON Canada:

Marlen Slepkov, Interim Branch Manager.

As an individual:

Ron Walker.

Hamilton Council on Aging :

Denise O'Connor, directrice générale;
Carolyn Rosenthal, présidente, conseil d'administration.

Services de soutien communautaire de Niagara :

Wendy Walker, directrice générale;
Patricia Tooley, gestionnaire de programme;
Pat Frank, président, conseil d'administration.

Le vendredi 9 mai 2008 (séance de l'après-midi)

Older Womens's Network :

Thelma McGillivray, ancienne présidente.

Corporation canadienne des retraités intéressés :

Christine Mounstevan, présidente, section de l'Ontario;
Sylvia Hall, secrétaire-trésorière, section de l'Ontario.

Centre d'activités des aînés de Rose City :

John Rose, vice-président.

Comité consultatif sur l'accessibilité de Welland :

Russ Findlay, président.

Comité consultatif des aînés de la Ville de Welland :

Doug Rapelje, représentant.

Centre de santé communautaire Hamilton/Niagara :

Marcel Castonguay, directeur général.

Foyer Richelieu :

André Tremblay, directeur général.

À titre personnel :

Gary Atamanyk.

Centre Polyvalent des aînés francophones de Port Colborne :

Roland Méthot, président.

VON Canada :

Marlene Slepkov, directrice de succursale par intérim.

À titre personnel :

Ron Walker.



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

Friday, May 9, 2008 (morning session)

Regional Municipality of Niagara Community Services Department:

Carol Rudel, Manager, Seniors Community Programs;
Dominic Ventresca, Director of Seniors Services.

Hamilton Niagara Haldimand Brant Community Care Access Centre:

Tom Peirce, Senior Director, Strategic Planning and Integration.

Ontario Network for the Prevention of Elder Abuse:

Maureen Etkin, Regional Consultant, Central West;
Gail MacKenzie-High, Chair, Niagara Elder Abuse Prevention
Network.

Alzheimer's Society of Niagara Region:

Marge Dempsey, Acting Chief Executive Officer.

Ontario Home Care Association:

Susan D. VanderBent, Executive Director.

(Continued on previous page)

TÉMOINS

Le vendredi 9 mai 2008 (séance du matin)

Services communautaires de la municipalité régionale de Niagara :

Carol Rudel, gestionnaire, Programmes communautaires aux aînés;
Dominic Ventresca, directeur, aux Services aux aînés.

*Centre d'accès aux soins communautaires de Hamilton Niagara
Haldimand Brant :*

Tom Peirce, directeur principal, Planification stratégique et
intégration.

*Réseau ontarien pour la prévention des mauvais traitements envers les
personnes âgées :*

Maureen Etkin, conseillère régionale, Centre-ouest;
Gail MacKenzie-High, présidente, Niagara Elder Abuse Prevention
Network.

Société Alzheimer de la région de Niagara :

Marge Dempsey, chef de la direction par intérim.

Ontario Home Care Association :

Susan D. VanderBent, directrice générale.

(Suite à la page précédente)