



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 16, 2008

Issue No. 10

Nineteenth and twentieth 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*

Viellissement

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

Le vendredi 16 mai 2008

Fascicule n° 10

Dix-neuvième et vingtième 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

SHERBROOKE, QUEBEC, Friday, May 16, 2008
(20)

[English]

The Special Senate Committee on Aging met this day at 9:01 a.m., in room Sherbrooke C, Delta Sherbrooke, the chair, the Honourable Sharon Carstairs, P.C., presiding.

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

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:

As individuals:

Dr. Réjean Hébert, Dean, Faculty of Medicine and Health Services, University of Sherbrooke.

Dr. Hélène Payette, Professor, Department of Community Health Services, Faculty of Medicine and Health Services, University of Sherbrooke.

Centre for Research on Aging:

Dr. Stephen Cunnane, Director.

Association estrienne pour l'information et la formation aux aînées et aînés (AEIFA):

Sylvie Morin, Coordinator.

Agence Continuum Inc.:

Hélène Gravel, Chair.

The chair made a statement.

Dr. Hébert, Dr. Payette and Dr. Cunnane each made a presentation and answered questions.

At 10:35 a.m., the committee suspended.

At 10:45 a.m., the committee resumed.

Ms. Gravel and Ms. Morin each made a presentation and answered questions.

At 11:51 a.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

PROCÈS-VERBAUX

SHERBROOKE, QUÉBEC, le vendredi 16 mai 2008
(20)

[Traduction]

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 9 h 1, dans la salle Sherbrooke C du Delta Sherbrooke, sous la présidence de l'honorable Sharon Carstairs, C.P. (*présidente*).

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

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 :

À titre personnel :

Dr Réjean Hébert, doyen, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke.

Dre Hélène Payette, professeure, Département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke.

Centre de recherche sur le vieillissement :

Dr Stephen Cunnane, directeur.

Association estrienne pour l'information et la formation aux aînées et aînés (AEIFA) :

Sylvie Morin, coordonnatrice.

Agence Continuum Inc. :

Hélène Gravel, présidente.

La présidente fait une déclaration.

Le Dr Hébert, la Dre Payette et le Dr Cunnane font chacun une déclaration puis répondent aux questions.

À 10 h 35, la séance est interrompue.

À 10 h 45, la séance reprend.

Mmes Gravel et Morin font chacune une déclaration puis répondent aux questions.

À 11 h 51, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

SHERBROOKE, QUEBEC, Friday, May 16, 2008
(21)

[English]

The Special Senate Committee on Aging met this day at 1:06 p.m., in room Sherbrooke C, Delta Sherbrooke, the chair, the Honourable Sharon Carstairs, presiding.

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

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:

Quebec Elders' Council:

William Murray, Research Officer.

Table régionale de concertation des aînées et des retraités de l'Estrie:

Paul Rodrigue, Treasurer;

Jacques Demers, Secretary.

University of Third Age:

Gilles Beaulieu, Development Officer.

As individuals:

Marie Beaulieu, Professor, Social Services, University of Sherbrooke;

Monique Joyal-Painchaud;

Gilles Grenier;

André Fréchette.

The chair made a statement.

Mr. Murray, Mr. Rodrigue and Mr. Beaulieu each made a presentation and, with Mr. Demers, answered questions.

At 2:25 p.m., the committee suspended.

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

Ms. Beaulieu made a presentation and answered questions.

Ms. Joyal-Painchaud, Mr. Grenier and Mr. Fréchette each made a statement.

SHERBROOKE, QUÉBEC, le vendredi 16 mai 2008
(21)

[Traduction]

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 13 h 6, dans la salle Sherbrooke C du Delta Sherbrooke, sous la présidence de l'honorable Sharon Carstairs (présidente).

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

Également présents : Du Service d'information et de recherche parlementaires de la Bibliothèque du Parlement : Julie Cool and 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 sur la société canadienne. (Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 des délibérations du comité.)

TÉMOINS :

Conseil des aînés du Québec :

William Murray, agent de recherche.

Table régionale de concertation des aînés et des retraités de l'Estrie :

Paul Rodrigue, trésorier;

Jacques Demers, secrétaire.

Université du troisième âge :

Gilles Beaulieu, agent de développement.

À titre personnel :

Marie Beaulieu, professeure, Service social, Université de Sherbrooke;

Monique Joyal-Painchaud;

Gilles Grenier;

André Fréchette.

La présidente fait une déclaration.

MM. Murray, Rodrigue et Beaulieu font chacun une déclaration puis, aidés de M. Demers, répondent aux questions.

À 14 h 25, la séance est interrompue.

À 14 h 35, la séance reprend.

Mme Beaulieu fait une déclaration puis répond aux questions.

Mme Joyal-Painchaud et MM. Grenier et Fréchette font chacun une déclaration.

At 3:31 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

À 15 h 31, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTEST:

ATTESTÉ :

La greffière du comité,

Keli Hogan

Clerk of the Committee

EVIDENCE

SHERBROOKE, Quebec, Friday, May 16, 2008

The Special Senate Committee on Aging met this day at 9:01 a.m. to examine and report upon the implications of an aging society in Canada.

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

[*Translation*]

The Chair: Honourable senators, ladies and gentlemen, members of the public, welcome to this meeting of the Special Senate Committee on Aging.

Our committee is examining the implications of an aging society in Canada. The complex consequences of aging have been a concern for governments for many years. However, these concerns are becoming more pressing as the number of seniors increases because of greater life expectancy and the aging of the post-war generation.

Since public programs and services for seniors are essential to their well-being, it incumbent upon us as parliamentarians to ensure that the needs of seniors are met.

We have come to Sherbrooke to hear from various stakeholders, who will talk about the implications of aging on our society and, in particular, they will tell us what they think about our second interim report which was tabled in the Senate on March 11 last. The report focused on active aging, elderly workers, retirement and income security, healthy aging, growing old in the place of one's choosing, and the regional distribution of health costs related to aging.

Sherbrooke is the fourth stop on our pan-Canadian travels and we are looking forward to hearing the testimony today, which, I am sure, will help us develop a complete list of recommendations for our final report.

For this morning's first round table, we have the pleasure of welcoming Dr. Réjean Hébert and Dr. Hélène Payette from the University of Sherbrooke, and Dr. Stephen Cunnane from the Centre for Aging Research.

[*English*]

Dr. Réjean Hébert, Dean of the Faculty of Medicine and Health Sciences, University of Sherbrooke, as an individual: Honourable senators, I would like to welcome you warmly to Sherbrooke. I am very proud that you made a stop here to hear about our work, the expertise of my colleagues on aging and what it can bring to your committee.

Sherbrooke is one of the largest research centres on aging in Canada, characterized by the multidisciplinary nature of the approach — Dr. Cunnane will probably speak more on that. In the research centre, we have people from the social research

TÉMOIGNAGES

SHERBROOKE, Québec, le vendredi 16 mai 2008

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 9 h 01, pour examiner les incidences du vieillissement de la société canadienne.

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

[*Français*]

La présidente : Honorables sénateurs, Mesdames et Messieurs, membres du public, bienvenue à cette réunion du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement.

Notre comité examine les répercussions du vieillissement de la société canadienne. Les enjeux complexes du vieillissement préoccupent les gouvernements depuis de nombreuses années. Ils se font cependant plus pressants à mesure que le nombre des personnes âgées augmente du fait de l'allongement de l'espérance de vie et du vieillissement de la génération d'après-guerre.

Comme les programmes et les services publics destinés aux aînés sont essentiels à leur bien-être, il nous incombe en tant que parlementaires de veiller à la satisfaction sans faille de leurs besoins.

Nous sommes venus à Sherbrooke pour entendre divers intervenants nous parler des répercussions du vieillissement dans notre société et, plus particulièrement, nous dire ce qu'ils pensent de notre deuxième rapport provisoire déposé au Sénat le 11 mars dernier. Le rapport met l'accent sur le vieillissement actif, les travailleurs âgés, la retraite et la sécurité du revenu, le vieillissement en santé, le vieillissement à l'endroit de son choix et la distribution régionale des frais de santé liés au vieillissement.

Sherbrooke est le quatrième arrêt de notre tournée pancanadienne et nous avons hâte d'entendre les témoignages d'aujourd'hui, lesquels vont, j'en suis sûre, nous aider à élaborer un ensemble complet de recommandations pour notre rapport final.

Pour la première table ronde de la matinée, nous avons le plaisir d'accueillir de l'Université de Sherbrooke Dr Réjean Hébert et Dre Hélène Payette, et du Centre de recherche sur le vieillissement nous avons Dr Stephen Cunnane.

[*Traduction*]

Dr Réjean Hébert, Doyen de la Faculté de médecine et de sciences de la santé, Université de Sherbrooke, à titre personnel : Honorables sénateurs, je vous souhaite la plus chaleureuse bienvenue à Sherbrooke. Je suis très fier du fait que vous vous soyez arrêtés ici pour en savoir plus long sur notre travail, l'expertise de mes collègues sur le vieillissement et ce qu'elle peut apporter à votre comité.

Sherbrooke est un des plus grands centres de recherche sur le vieillissement au Canada, et c'est un centre caractérisé par une approche multidisciplinaire. Le Dr Cunnane vous en dira sans doute plus long à ce sujet. Certains de nos chercheurs travaillent

area and people from the biological area, as well as people interested in the organization of services.

[*Translation*]

I was the first scientific director of the Institute of Aging of the Canadian Institutes of Health Research (CIHR), and for the last five years I have been the Dean of the Faculty of Medicine and Health Sciences of the University of Sherbrooke.

Last fall, I also co-chaired a public consultation which the Government of Quebec created on the living conditions of seniors. The consultations led to a report which I am pleased to table with you. The report summarizes the testimony we received from 4,000 seniors whom we met in 27 towns, as well as 275 briefs which we received and analyzed. The report's conclusions are similar to the ones contained in your report and I believe they will contribute to your final report.

Allow me to give you a brief overview of our report, which contains three main ideas:

The first is supporting vulnerable seniors and their loved ones, which is a theme you have also addressed, and about which we affirm that the best way to meet the needs of an aging population is to consolidate our universal health care system, which represents the best way to meet the needs of the elderly. I would also invite you to state this clearly in your report, because a private system is not interested in looking after seniors, and any parallel system would drain resources away from the public system and reduce access to services by seniors. I believe we need to reaffirm this extremely important value for Canadians, namely that we maintain our public health care system.

We also emphasize the importance of seniors living at home. We heard this 4,000 times over and over again. Seniors want to remain at home and would like to receive services at home, and not have to go to an institution to be treated. Our health care systems need to change their approach in a significant way to provide home care services. The health care system has to be recentred around providing care for people in their homes, because people who have chronic illnesses and who need long-term care will become more and more common because of the aging of the population, and a hospital is not the place to treat them.

The system must be based on seniors living at home, which forces us to examine how treatment is provided in the home. This is a grey area in Canada today, because home care is not necessarily considered as being medically necessary.

The Canada Health Act goes back to the last century and did not foresee the importance of home care one day.

We therefore must clarify the status of home care under our public health care system. The Romanow Commission took a step in the right direction, but only addressed post-hospital home care or home care in particular situations, such as palliative care, for

dans le domaine des sciences sociales, et d'autres dans celui de la biologie, tandis que d'autres s'intéressent plutôt à l'organisation des services.

[*Français*]

J'ai été le premier directeur scientifique de l'Institut du vieillissement des instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), et je suis depuis cinq ans le Doyen de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke.

J'ai aussi coprésidé l'automne dernier une consultation publique que le gouvernement du Québec a mis en place sur les conditions de vie des aînés, qui a produit un rapport qu'il me fait plaisir de vous déposer, un rapport qui résume 4 000 personnes âgées que nous avons rencontrées dans 27 villes, et plus de 275 mémoires que nous avons reçus et analysés, et dont les conclusions vont dans le sens de votre rapport et je pense qu'elles pourront alimenter votre rapport.

Permettez-moi de faire un survol de ce rapport, qui comprend trois idées maîtresses :

La première, soutenir les aînés vulnérables et leurs proches, un thème que vous abordez également, dans lequel nous affirmons que la meilleure façon de répondre au vieillissement de la population est de consolider notre système de santé publique universel, qui est la meilleure façon de répondre aux besoins des personnes âgées. Je vous invite à affirmer cela clairement dans votre rapport, parce qu'un système privé n'est pas intéressé par les aînés, et tout système privé parallèle drainerait des ressources du système public et diminuerait l'accès aux services aux aînés. Je pense qu'il faut réaffirmer cette valeur extrêmement importante des Canadiens, d'avoir un système de santé public.

Nous mettons l'accent aussi, et nous l'avons entendu 4 000 fois, sur le maintien à domicile. Les aînés veulent rester à domicile et souhaitent recevoir les services là où ils habitent et non pas se déplacer vers des institutions pour recevoir les services. Il faut un changement important de l'approche de nos systèmes de santé pour donner les services au domicile. Il faut recentrer le système de santé autour du domicile des personnes parce que les personnes qui vivent avec des maladies chroniques et qui ont besoin de soins à long terme sont prépondérantes avec le vieillissement de la population et l'hôpital n'est pas le centre d'un tel système.

Il faut que le domicile soit le centre du système, ce qui nous oblige à examiner comment on traite les soins à domicile. Actuellement, il y a une zone grise au Canada où les soins à domicile ne sont pas nécessairement considérés comme étant médicalement nécessaires.

La Loi sur la santé du Canada a été conçue au siècle dernier et n'a pas prévu qu'il y aurait prépondérance des soins à domicile.

Il faut donc clarifier le statut des soins à domicile dans la couverture de notre système public de santé. La Commission Romanow a fait un pas dans cette direction, mais n'a reconnu que les soins à domicile post hospitaliers ou dans des situations

example. The concept of home care must be broadened and included in the Canada Health Act to cover long-term care, which includes mostly home care for the elderly and their loved ones.

This will require a major and massive investment in home care services. In Canada, between 4 and 5 per cent of health care expenditures are spent on home care, which is far too little. We need to make a major effort at investing better. Front line medical services must be improved, but also first line nursing services, which must be strong, because providing care in a person's home is much more complicated than doing so in a hospital, and so services must be integrated.

Sherbrooke is an area which has developed integrated services for the elderly. I had the pleasure of heading a research team called PRISMA (Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie), a research group which developed and implemented a model of integrated services which includes a single window, and consultation venues which bring together stakeholders from the public, private or volunteer sectors, and where they seek to agree on a basket of services to meet the needs of seniors. This system also involves case managers, computerized clinical record keeping, and an evaluation of common assessment tools.

PRISMA was implemented with success in this area, and a study has shown that an integrated system allows seniors to live independently for a longer time, decreases the number of trips to the emergency room, improves people's satisfaction and feeling of empowerment, and helps prevent additional costs while improving the efficiency of the system.

This system is currently being implemented in several other regions in Quebec, and I have had the pleasure of working with several regions in Ontario and British Columbia, and very soon I will be working with Nova Scotia, because several regions in that province are also interested in adopting this type of model for integrating services.

We must rethink funding. On page 48 of your report, you talked about registered chronic care savings plans, I am not sure that it is the right way to go. Rather, I think that funding services to help seniors remain independent should be paid out of the public health care system. I believe we must insist on maintaining a public health care system and provide an adequate level of services, rather than creating private funding instruments modeled on registered saving plans for this type of service.

We must also support caregivers, and you mention compassionate leave on page 49 of your report. I think the concept of compassionate leave should be broadened to also include long-term care provided by caregivers, because this is the type of care which they give to their elderly loved ones. We must therefore have compassionate leave over longer periods of time,

particulières, pour les soins palliatifs, par exemple. Il faut élargir la notion de soins à domicile incluse dans la Loi sur la santé du Canada pour couvrir les soins à long terme qui sont les principaux soins à domicile qui sont reçus par les personnes âgées et leurs proches.

Cela nécessite un investissement majeur et massif dans les soins de santé à domicile. Vous savez qu'au Canada environ 4 à 5 p. 100 des dépenses de santé sont consacrés aux soins à domicile, ce qui est tout à fait insuffisant. Il faut faire un effort majeur pour mieux investir. Il faut mieux développer les soins médicaux de première ligne, mais aussi les soins infirmiers de première ligne, avoir une première ligne forte et, parce que le domicile est un carrefour beaucoup plus complexe que l'hôpital, il faut intégrer les services.

Vous avez ici à Sherbrooke une région qui a développé des services intégrés pour personnes âgées. J'ai le plaisir d'avoir dirigé une équipe de recherche qui s'appelle PRISMA (Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie), un groupe de recherche qui a développé et implanté un modèle de soins intégrés qui comporte un guichet unique, des tables de concertation pour que tous les acteurs, qu'ils soient du domaine public, privé ou bénévole, puissent s'entendre sur le panier de services à mettre en place. C'est un système qui comprend des questionnaires de cas, un dossier clinique informatisé, une évaluation des outils d'évaluation communs.

PRISMA a été implanté avec succès dans la région et une étude a montré qu'un système intégré permet de diminuer la fréquence de perte d'autonomie, de diminuer les visites à l'urgence, d'améliorer la satisfaction et l'empowerment des personnes, et de ne pas ajouter de coûts supplémentaires, mais d'améliorer l'efficacité du système.

C'est un système qui est actuellement en implantation dans plusieurs autres régions du Québec et j'ai eu le plaisir de travailler avec plusieurs régions de l'Ontario, de la Colombie-Britannique, et très bientôt de la Nouvelle-Écosse, qui sont intéressées également par ce type de modèle d'intégration des services.

Le financement est à repenser. Vous évoquez dans votre document, en page 48, un Régime enregistré d'épargne pour les soins chroniques. Je ne suis pas sûr que ce soit une voie dans laquelle on devrait s'engager. Je pense plutôt que le financement des services de maintien de l'autonomie doit demeurer un financement public qui est inclus dans le financement du système de santé. Je pense plutôt qu'il faut insister sur ce financement public et en assurer un niveau adéquat plutôt que de supporter ou favoriser des financements privés du type Régime enregistré d'épargne pour ce type de service.

Il faut également soutenir les proches aidants, et vous invoquez le congé de compassion à la page 49 de votre document. Je pense qu'il faut élargir cette notion de congé de compassion pour l'appliquer également aux actions à long terme des proches aidants parce que c'est surtout dans ce type d'intervention que les proches aidants sont engagés envers les aînés. Il faudrait donc

and part-time leave, as well, so that the people who care for their elderly loved ones are not financially disadvantaged when they do so.

On page 37, you talk about gerontologists. It is hard to find doctors and nurses to work in gerontology. I think we have to value the care of the elderly. This means paying good salaries to doctors who specialize in treating the elderly. Gerontologists do not make as much money as do cardiologists, neurosurgeons or radiologists. I think this discourages students from thinking of a career in gerontology. The same goes for nurses.

We must value the care provided by nurses to the elderly by improving their working conditions and their salaries, so that these health care professionals feel the work they are doing is important, and we must provide them with the appropriate training.

People who work in intensive care, in surgery or hemodialysis receive very specialized training, but anyone can basically work in gerontology. In doing so, we deny the fact that certain skills and a certain outlook are absolutely essential and necessary when working with seniors. I believe we must insist on training in that regard.

The second element which came out of our consultations was to value seniors in our society, and to value the volunteer work they are engaged in, because they play a key role in this area. You mentioned the idea of a tax credit for volunteer work. I have certain reservations with regard to that idea.

First, tax credits are not the best way to reinforce social solidarity. Tax breaks were originally invented to help companies and they are not well-suited to strengthening social solidarity. Also, volunteering is, by definition, an activity which is done freely. However, any expenses relating to volunteering, such as the cost of gas for people who use their car, or the cost of meals if they need to eat out, should be tax deductible, as are certain expenses incurred in the course of one's job.

I think that if these types of measures are introduced to help people pay for their volunteer-related expenses, it would encourage volunteerism.

You also talked about progressive retirement. This is unavoidable. I believe we have to change the very idea we have of retirement. When I speak at a conference, I often say that, in 1872, Bismark decreed that people would retire at age 65 because at the time life expectancy was no higher than 57. When people received a pension at that time, it was in fact a survival benefit. If the same standard were applied today, retirement would only be at age 87.

prévoir des congés de compassion sur de longues périodes, congé de temps partiel, par exemple, pour permettre aux proches aidants de ne pas être désavantagés économiquement lorsqu'ils interviennent auprès de leurs proches.

Vous évoquez en page 37 le travail des professionnels de la santé en gérontologie. C'est un problème d'attirer des médecins et des infirmières dans le domaine de la gérontologie. Je pense qu'il faut faire des efforts pour valoriser le travail auprès des aînés. Valoriser veut dire assurer qu'il y ait un salaire compétitif pour les médecins. Les médecins qui pratiquent auprès des personnes âgées n'ont pas le même revenu qu'un cardiologue, qu'un neurochirurgien ou qu'un radiologiste. Je pense que c'est un phénomène qui n'incite peut-être pas les jeunes étudiants à s'intéresser à une carrière auprès des personnes âgées. C'est la même chose pour les infirmières.

Il faut être capable de valoriser celles-ci par des conditions de travail, des conditions salariales qui permettent à ces personnels professionnels de la santé de trouver là une valorisation adéquate, et surtout insister sur la formation nécessaire.

On insiste beaucoup pour que les gens qui travaillent en soins intensifs, au bloc opératoire ou encore dans les centres d'hémodialyse aient une formation spécifique, mais actuellement n'importe qui peut travailler en gérontologie sans formation. On nie, par ce fait, les habiletés et les attitudes qui sont absolument essentielles et nécessaires pour intervenir auprès des aînés. Je pense qu'il faut insister sur la formation.

Le deuxième élément de la consultation était le renforcement de la place des aînés dans notre société, notamment au niveau du bénévolat, où les aînés ont un rôle extrêmement important. Vous amenez l'idée d'avoir un crédit d'impôt pour l'action bénévole. J'ai certaines réserves par rapport à un crédit d'impôt.

Tout d'abord, les crédits d'impôt ne sont pas le meilleur moyen pour soutenir la solidarité sociale. Ce sont des interventions fiscales qui ont été conçues pour les entreprises à l'origine et qui sont mal adaptées pour le soutien de la solidarité sociale. Ensuite, je pense que l'action bénévole, par définition, est bénévole. Ce qu'il faut, par contre, est que les dépenses associées au bénévolat, quand on pense que les gens utilisent leur voiture, par exemple, qu'ils sont obligés d'avoir des repas à l'extérieur, que ces dépenses puissent être déductibles d'impôt comme les dépenses d'un travail rémunéré.

Je pense que dans cette voie-là, si on est capable de dédommager les gens pour les dépenses encourues, on pourra favoriser le bénévolat.

Vous parlez de retraite progressive. C'est un incontournable. Je pense qu'il faut modifier la conception même de la retraite. Je dis souvent dans mes conférences que c'est Bismark, en 1872, qui a conçu la retraite à 65 ans parce que l'espérance de vie à cette époque était de 57 ans. Alors, la retraite était une prime de survie, en fait. Si on appliquait le même standard, il faudrait mettre la retraite à 87 ans maintenant.

So it is easy to see that the whole concept of retirement has to be rethought. We have to allow people to retire progressively. In Finland, for instance, it is advantageous for people to work past 60, because they receive additional holidays and benefits, and they are not penalized in terms of their pension and retirement benefits. We should apply that system here.

At the municipal level, you will hear about Age-Friendly Cities this afternoon. You mention this in your document. Marie Beaulieu, who has been very involved with the Sherbrooke experience, will share with you some of these extremely important aspects.

As far as financial security is concerned, only the federal government can automatically pay out the Guaranteed Income Supplement. As you know, there are 130,000 Canadians who are entitled to the Guaranteed Income Supplement, but who do not receive it, because they have not filled out their application, which is sometimes difficult for seniors to do. I believe that if the Guaranteed Income Supplement was paid out automatically, as is the GST rebate, it would greatly benefit seniors.

The Guaranteed Income Supplement provides an annual income of \$13,400, which is insufficient, and which lies beneath the poverty threshold. I would invite you to recommend that the guaranteed supplement be increased.

Lastly, the third major theme which came out of our consultations was prevention, first with regard to stereotypes and the image we have of the elderly. You address this issue in your report, but I would like to point out that on page 2, you feed into those stereotypes, and I will quote the report.

At the end of the first paragraph, under the definition of seniors, you say: "At the same time, old age is being defined by loss of independence or by ill health."

I am sorry, but old age is not defined by a loss of independence. The loss of independence only applies to a small minority of seniors, and I would invite you to correct that statement in your report. On page 56, you also talk about the impact of the aging population, and the impression we get is that aging is happening at a catastrophic rate. Over one and a half pages, along with supporting data, the report says that the aging population will lead to a significant increase in health costs and will represent a burden to the economy.

It is true that three sentences follow that statement which paint another picture, because there is an alternative scenario which is also well supported. I would invite you to strike a balance between these two scenarios.

Some people believe that aging will have a catastrophic effect on society, but there are also very competent researchers who have shown that, to the contrary, the aging population does not represent a threat to our health care system. We cannot accuse Mr. Castonguay of seeing things through rose-coloured glasses,

Vous voyez tout de suite que la retraite mérite d'être repensée. Il faut permettre des retraites progressives. Il faut permettre que des gens, comme en Finlande, par exemple, puissent avoir des avantages à rester à l'emploi lorsqu'ils dépassent 60 ans, par des congés supplémentaires, des primes, et surtout ne pas pénaliser leur pension et leur régime de retraite.

Au municipal, vous entendrez parler de Villes amies des aînés cet après-midi. Vous le mentionnez dans votre document. Marie Beaulieu, qui a été très impliquée dans l'expérience de Sherbrooke, pourra partager avec vous ces aspects extrêmement importants.

Pour la sécurité financière, il y a une chose qui dépend du fédéral, c'est de rendre le Supplément de revenu garanti automatique. Comme vous savez, il y a 130 000 Canadiens et Canadiennes qui devraient recevoir le Supplément de revenu garanti et qui ne le reçoivent pas parce qu'il faut compléter des formulaires, il faut faire des démarches qui sont parfois difficiles pour des aînés. Je pense que si on rendait le Supplément de revenu garanti automatique, comme le remboursement de TPS, on permettrait à des gens d'au moins bénéficier de ce supplément de revenu.

Il faut bien réaliser que même le Supplément de revenu garanti donne un revenu annuel de 13 400 \$, ce qui est insuffisant, ce qui est en dessous du seuil de la pauvreté. Je vous invite à recommander une bonification à ce Supplément garanti.

Enfinement, le troisième grand thème de la consultation était la prévention, d'abord au niveau des stéréotypes et de l'image des personnes âgées. Vous l'abordez dans votre document, mais je vous ferai remarquer qu'à la page 2 de votre document, vous alimentez les stéréotypes, et je vous cite.

En fin du premier paragraphe, au niveau de la définition des aînés, vous mentionnez : « Parallèlement, la vieillesse se définit par la perte d'autonomie ou un mauvais état de santé. »

Je regrette, mais la vieillesse ne se définit pas par la perte d'autonomie. La perte d'autonomie est le lot d'une portion minoritaire des aînés, et je vous invite à corriger cette phrase dans votre document. En page 56 aussi où vous parlez des impacts du vieillissement de la population, l'impression qui se dégage est qu'on souscrit à la thèse du vieillissement catastrophique. Il y a une page et demie qui montre, avec données à l'appui, comment le vieillissement de la population va entraîner une augmentation importante des coûts de santé et va entraîner un fardeau sur le plan économique.

Il est vrai que vous avez trois phrases après qui donnent l'autre version, parce qu'il y a une autre version bien documentée. Je vous invite à équilibrer ces deux approches.

Il y a les partisans de l'approche catastrophique, mais il y a aussi des chercheurs extrêmement compétents qui ont montré que, non, le vieillissement de la population n'était pas une menace pour le système de santé. On ne pourra pas reprocher à M. Castonguay d'être un partisan d'une approche angélique, mais même le

but even the Castonguay report has said that the aging of the population is not responsible for the annual increase of 1.3 per cent of health care expenditures.

I believe that your report must strike a balance between the two approaches and focus less on the catastrophic approach which, in my opinion, feeds into some of the most persistent stereotypes in our society.

You rightly talk about tax incentives for physical activity, and on page 17, you rightly state that tax incentives discriminate on the basis of age. Parents can deduct costs for their children's physical activities, but seniors cannot do so for themselves. I think that must change.

We have also highlighted the prevention of abuse and negligence. I would invite you to do the same. This includes suicide prevention and the prevention of addiction; addiction to medication and alcohol, which are well known, but also addiction to gambling, which is a growing problem. Casinos organize field trips for seniors, and I believe this is encouraging addiction to gambling.

I will conclude by saying that I am convinced that Canada and Quebec are ready to develop new policies on seniors and on aging, which will give us a new vision for the kind of society we want to live in.

On page 5, you list some values, and I would invite you to add another value which to my mind is fundamental, and that is the value of solidarity, which is extremely important for seniors and also for the way we look after our seniors. If we had a policy on aging, this would lead to a plan of action which would transcend federal, provincial and municipal governments, which would transcend the various departments and sectors of our society, and which would lead us to treat seniors the way they deserve to be treated in our society, thus allowing society to benefit from the wisdom, experience and knowledge of the elderly.

[English]

The Chair: I want to point out that we recently passed legislation that, while not perfect, will go a long way to meeting one of your objectives: People who now file income tax and qualify for Guaranteed Income Supplement, GIS, will get it automatically. They will not be required to fill out a separate form. That is new legislation that will be in effect very shortly. That is a good step forward.

Clearly, the whole issue of GIS is still with us, but I wanted to make that reference. I do not always agree with this government, as you can imagine, but on that aspect, I am in full agreement with the decision that they made.

[Translation]

Dr. Hélène Payette, Professor, Department of Community Health Sciences, Faculty of Medicine and Health Sciences, University of Sherbrooke, as an individual: Madam Chair, I would like to thank the committee for welcoming me this

rapport Castonguay montre que le vieillissement de la population n'est responsable que de 1,3 p. 100 d'augmentation annuelle des dépenses de santé.

Je pense qu'il faut balancer, dans votre document, ces deux approches pour sortir de cette approche catastrophique qui est, à mon avis, un des stéréotypes les plus persistants dans notre société.

Vous parlez, avec raison, d'incitatifs fiscaux pour activités physiques et vous soulignez en page 17, de façon très juste, des discriminations sur l'âge qui sont présentes. On peut déduire de nos impôts des frais pour activités physiques des enfants, mais on ne peut pas le faire pour les aînés. Il faut, je pense, souscrire à cela.

Nous avons souligné la prévention des abus et négligence. Je vous invite à faire de même. Et également la prévention du suicide et des dépendances; dépendances aux médicaments et à l'alcool qui sont bien connues, mais aussi au jeu pathologique qui commence à être un problème. Quand je vois des casinos organiser des autobus d'aînés pour y venir jouer, je trouve qu'on a là une incitation à encourager la dépendance au jeu pathologique.

Je termine en vous disant que le Canada et le Québec, moi, j'en suis convaincu, sont prêts à élaborer une politique sur les aînés, une politique sur le vieillissement, qui nous permettrait d'avoir une vision de la société que l'on souhaite.

Je vous invite à ajouter dans les valeurs que vous évoquez en page 5 une autre valeur qui m'apparaît fondamentale, qui est la solidarité, qui est une valeur extrêmement importante pour les aînés et également pour l'intervention auprès des aînés. Une politique nous permettrait d'avoir un plan d'action qui transcende les gouvernements fédéral, provinciaux, municipaux, qui transcende les différents ministères et les différents secteurs de notre société, et qui nous permet de donner aux aînés la place qui leur revient dans la société, et qui permet à la société de mieux profiter de la sagesse des aînés, de leur expérience et de leur expertise.

[Traduction]

La présidente : J'aimerais vous signaler que nous avons récemment adopté une loi qui, sans être parfaite, contribuera grandement à la réalisation d'un de vos objectifs : Dorénavant, les personnes qui font une déclaration de revenus et qui ont droit au Supplément de revenu garanti, ou SRG, le recevront automatiquement. Elles n'auront plus besoin de remplir d'autres formulaires. C'est une nouvelle loi qui entrera en vigueur très bientôt et qui marque un véritable progrès.

Certes, la question du SRG nous concerne toujours, mais je tenais à signaler cette avancée. Comme vous vous en doutez, je ne suis pas toujours d'accord avec le gouvernement actuel, mais je souscris entièrement à sa décision concernant le SRG.

[Français]

Dre Hélène Payette, professeure, Département de sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, à titre personnel : Madame la présidente, je remercie le comité de me recevoir ce matin. Je pense

morning. I think that Dr. Hébert has set the table very well for me to talk to you now about something that has been at the heart of my work for a number of years, which is nutrition and the food intake of older people.

I noted that there was only an extremely brief section on nutrition in the report, and yet we now know from research findings that are still quite recent, that people's dietary intake affects all aspects of aging and can have a major impact on the quality of that aging.

We all know how infancy and old age are the two most vulnerable stages of life, where the integrity of cognitive functions, the effectiveness of the immune system and muscle and bone health, among other things, are closely linked to living conditions, the quantity and quality of dietary intake and behavioural habits, such as exercise, which you address at length in your report.

We know how much care is taken in feeding our infants and children to ensure their life-long health. However, the importance of nutrition for seniors was largely neglected up until a few years ago, namely by a lack of research in the area.

We now know the key role nutrition plays in promoting quality of life; preventing frailty, disabilities and worsening chronic diseases; and, overall, delaying the aging process. What distinguishes the healthy centenarians we so admire is the quality of their nutrition and their level of activity and social participation.

Yet, despite certain actions, nutrition for seniors is still being overlooked in health measures and policies.

Recent research shows that, in Canada, there are still seniors at home suffering from protein-energy malnutrition, a syndrome observed in underdeveloped countries, and seniors losing up to 10 per cent of their weight after being hospitalized. This under-nutrition leads to a vicious circle of fatigue, recurrent infection, frailty and disability, which continues to worsen the nutritional deficit, one that is hard to reverse and that requires a long and sustained treatment.

Recent research shows that it takes twice the amount of calories to reverse under-nutrition in seniors compared to young people. Therefore, like in so many other areas, an ounce of prevention is worth a pound of cure.

I would like to make a few recommendations to the committee that could help our governments save significantly on care and services for people whose health and independence are compromised because they did not have daily access to a healthy and adequate diet to meet their needs.

que le Dr Hébert a très bien mis la table pour que je vous parle maintenant d'un sujet qui me tient à cœur depuis plusieurs années, la nutrition, l'alimentation des personnes âgées.

J'ai remarqué que dans le rapport cet aspect était abordé de façon extrêmement succincte, alors que ce qu'on sait maintenant des résultats de la recherche qui est encore très jeune, l'alimentation des personnes touche toutes les sphères du vieillissement et peut avoir un impact majeur sur la qualité de ce vieillissement.

On sait que l'enfance et la vieillesse sont les deux phases de la vie les plus vulnérables pour l'intégrité des fonctions cognitives, pour l'efficacité du système immunitaire, pour la santé musculaire et osseuse, entre autres, et sont étroitement liées aux conditions de vie, à la quantité et à la qualité des apports alimentaires et aux habitudes comportementales comme l'exercice, par exemple, que vous abordez très bien dans votre rapport.

Nous savons tous le soin que nous portons à l'alimentation de nos nourrissons et de nos enfants pour leur assurer un capital santé. Par contre, l'importance de l'alimentation de nos aînés a été largement négligée jusqu'à ces dernières années, entre autres par manque de recherche dans ce domaine.

On connaît maintenant le rôle clé que joue l'alimentation dans la promotion de la qualité de vie, dans la prévention de la fragilité, des incapacités, dans l'aggravation des maladies chroniques et, globalement, le retardement du processus de vieillissement. Ce qui caractérise les centenaires en bonne santé que nous admirons tous est d'abord la qualité de leur nutrition, leur niveau d'activité et leur participation sociale.

Pourtant, malgré certaines actions, l'alimentation des personnes âgées demeure encore le parent pauvre des interventions et des politiques en matière de santé.

Les travaux de recherche récents nous montrent qu'il existe encore au Canada des personnes âgées à domicile qui souffrent de malnutrition protéinée énergétique, un syndrome que l'on observe en pays sous-développés, qu'il existe encore des personnes âgées qui perdent plus de 10 p. 100 de leur poids suite à une hospitalisation. Ces dénutritions ne sont pas sans conséquence. Elles entraînent la personne dans un cercle vicieux de fatigue, d'infections récurrentes, de fragilité et d'incapacité qui continuent à aggraver le déficit nutritionnel, un déficit qui est très difficile à inverser et qui exige un traitement long et soutenu.

Des recherches récentes ont montré qu'il faut deux fois plus de calories pour réalimenter une personne âgée après une dénutrition comparativement à une personne plus jeune. Alors, comme dans bien d'autres domaines, il vaut mieux prévenir que guérir.

Je souhaiterais donc faire quelques recommandations au comité qui permettraient à nos gouvernements d'épargner des montants considérables en soins et services aux personnes dont la santé et l'autonomie sont compromises faute d'avoir eu accès, tous les jours, à une alimentation saine et suffisante pour combler leurs besoins.

In the report, the committee briefly summarizes the role of nutrition in promoting good health and the prevention of chronic conditions often found among seniors. I would like to begin by commenting on the only two options regarding nutrition.

First, option 35 is intended to introduce public information campaigns targeted at seniors and the general population to increase understanding of the negative impact of bad eating habits.

I find this recommendation somewhat negative and I think that much more positive recommendations can be made with regard to diet. Seniors are very receptive to public health messages and I think that things could be said in a more positive way rather than just telling people to avoid a poor diet.

I would also like to draw the committee's attention to these information campaigns.

Major changes can be observed during the aging process, and these changes oblige us to completely revisit our promotion and prevention approaches with regard to diet. Research on nutrition and aging is, ironically enough, still in the early stages. However, we already know that promotion and prevention strategies in the area of diet must be adapted to the specific features of this population, or else we will harm more than we will help.

For example, changes in the proportion and distribution of fat and muscle call for an adjustment in the criteria governing healthy weight that is applied to a younger adult population.

A recommendation stating that a healthy weight must be achieved at all costs and that excess weight should be avoided at all costs, characterized by criteria used for young adult populations, could harm many seniors by causing them to lose weight, which would affect their nutritional health.

Similarly, according to current knowledge, protein requirements for seniors are apparently even higher than those for young adults. So if the total consumption of food in a single day is reduced too much, the protein allowance will suffer as well. This lack of protein can be disastrous from many aspects given the importance of protein to our diet.

The aging process is a vulnerable stage of life during which the existence of chronic conditions may give rise to numerous dietary restrictions. It is thus important to conscientiously weigh the recommendations in our messages to ensure a positive balance between the advantages and the harmful effects. Here is an example. Studies have shown that fear of cholesterol unfortunately causes many seniors to completely exclude eggs from their diet, which is sometimes their only source of protein.

Dans le rapport, le comité évoque succinctement le rôle de l'alimentation dans la promotion d'une bonne santé et de la prévention des conditions chroniques que l'on retrouve fréquemment chez les personnes âgées. J'aimerais commenter les deux seules recommandations de ce rapport qui concernent l'alimentation.

D'abord, la recommandation 35 propose de lancer des campagnes d'information destinées aux aînés et à la population en général, visant une meilleure compréhension des conséquences négatives d'une mauvaise alimentation.

Je trouve cette recommandation un peu négative et je pense qu'on peut faire des recommandations beaucoup plus positives en regard de l'alimentation. Les personnes âgées sont très réceptives aux messages de santé publique et il faut, je pense, l'aborder de façon beaucoup plus positive que de dire d'éviter la mauvaise alimentation.

Je voudrais aussi attirer l'attention du comité relativement, justement, à ces campagnes d'information.

Des changements importants sont observés au cours du vieillissement, et ces changements nous obligent à revoir complètement nos approches de promotion et de prévention relatives à l'alimentation. La recherche sur la nutrition et le vieillissement est encore paradoxalement très jeune. Toutefois, on sait déjà que les stratégies de promotion et de prévention dans le domaine de l'alimentation doivent s'ajuster aux particularités de cette population, à défaut de quoi on pourrait plus nuire qu'aider.

Par exemple, des changements dans la proportion et la distribution du gras et du muscle impliquent la correction des critères de poids santé que l'on applique à la population adulte plus jeune.

Une recommandation d'atteindre à tout prix le poids santé et d'éviter à tout prix l'embonpoint, caractérisées par des critères extrapolés de populations de jeunes adultes pourrait nuire à plusieurs personnes âgées en leur faisant perdre du poids et, ainsi détériorer leur santé nutritionnelle inutilement.

De même, selon les connaissances actuelles, les besoins protéiniques des aînés seraient même supérieurs à ceux des jeunes adultes. Alors si on diminue trop la consommation totale d'aliments dans une journée, on attaque nécessairement la suffisance de l'apport en protéines du régime alimentaire. Cette insuffisance peut être catastrophique à plusieurs points de vue étant donné l'importance des protéines dans l'alimentation.

Le vieillissement est une étape vulnérable de la vie et où la présence de conditions chroniques pourrait donner lieu à plusieurs restrictions alimentaires. Il importe donc de peser consciencieusement dans nos messages les recommandations afin d'assurer un équilibre positif entre les bienfaits et les effets nuisibles. Je vous donne un exemple. Des études ont montré que la peur du cholestérol conduit malheureusement plusieurs aînés à exclure complètement les œufs de leur diète, qui étaient pourtant leur seule source de protéines.

Other restrictions, such as a diet without salt, can cause people to considerably reduce their daily food allowances and thus worsen their chronic condition rather than improve it.

This means that public health messages cannot simply be based on knowledge acquired from young populations. They must be based on the most recent knowledge issuing from research.

Last, information campaigns must also target the adults who assist these seniors so that they have a better understanding of the needs and characteristics of diet and so that they can avoid a certain form of ageism that negatively impacts on the nutritional health of seniors. For example, the idea that the less an elderly person eats, and the thinner they are, the better.

We have examples of extreme thinness and nutritional deficiencies that greatly undermine the autonomy of these people.

As concerns option 36, I completely agree that a strategy to improve the oral health of seniors will certainly result in an improved diet and a better quality of life for these people. However, this is not the only factor that influences diet and nutritional health among seniors.

I would thus like to suggest a few additional options.

The committee's report very accurately points out the vulnerable financial situation of many seniors who live in their homes within the community. It should be recalled that the first budget item that suffers when people lack resources is food.

People need to first cover the costs of their housing, their medicine and their health care. There is often very little money left over to buy a sufficient quantity of healthy food. Today, unfortunately, many seniors use food banks in order to obtain the minimum amount of food necessary. You will agree with me that this is an unacceptable situation in a country of abundant resources such as ours.

We have to guarantee a decent level of income for all seniors so that they have enough to eat.

Furthermore, for seniors to be able to live at home, given that this is probably what the majority of people want, they must have access to enough adequate food, and this could entail the provision of supply, delivery and meal preparation services.

A national home care program, as proposed by the committee, would also have to include a nutritional screening program that could quickly identify those individuals at risk of becoming irreversibly undernourished without timely action.

Early intervention could prevent under-nutrition by focusing on individual risk factors such as oral health, as described in the report, and other individual or environmental factors.

Plusieurs interventions, comme un régime sans sel trop restrictif, peuvent amener une personne à diminuer considérablement ses apports alimentaires quotidiens et nuire à sa condition chronique plutôt que de l'aider.

Les messages de santé publique ne peuvent donc pas être simplement extrapolés des connaissances acquises auprès de populations plus jeunes. Ils doivent reposer sur les connaissances les plus récentes émanant de la recherche.

Finalement, les campagnes d'information devraient également cibler les adultes qui entourent les aînés pour qu'elles aient une meilleure compréhension des besoins et des particularités relatives à l'alimentation et qu'elles puissent éviter une certaine forme d'âgeisme qui influence négativement la santé nutritionnelle des aînés. Comme, par exemple, l'idée qu'une personne âgée, moins elle mange mieux c'est, et plus elle est menue, mieux c'est.

Nous avons des exemples de maigreur extrême et d'insuffisance alimentaire qui nuisent énormément à l'autonomie des personnes.

En ce qui a trait à l'option 36, je suis tout à fait d'accord qu'une stratégie pour améliorer la santé buccale des personnes entraînera certainement une meilleure alimentation et une meilleure qualité de vie des aînés concernés. Toutefois, c'est loin d'être le seul facteur qui influence l'alimentation et la santé nutritionnelle des aînés.

Je voudrais donc apporter quelques options en complément.

Le rapport du comité soulève de façon très juste la précarité de la situation financière de plusieurs personnes âgées qui vivent chez elles dans la communauté. Il faut se rappeler que le premier poste budgétaire à souffrir quand les ressources sont rares est celui de l'alimentation.

Les personnes doivent d'abord assurer les coûts de leur logement, leur médication, leurs soins de santé. Il reste souvent très peu d'argent pour se procurer des aliments sains en quantité suffisante. De nombreuses personnes âgées malheureusement fréquentent maintenant les comptoirs alimentaires pour réussir à se procurer le minimum vital. Vous conviendrez avec moi que cette situation est inacceptable dans un pays d'abondance comme le nôtre.

Il faut assurer des revenus décentes à toutes les personnes âgées pour qu'elles puissent se nourrir convenablement.

De plus, pour que les aînés puissent vivre à domicile, puisque c'est probablement le choix de la majorité des personnes, ils doivent avoir accès à une alimentation suffisante et adéquate, ce qui pourrait impliquer l'offre de services pour l'approvisionnement, la livraison et la préparation de repas.

Dans le cadre d'un programme national de soins à domicile, comme proposé par le comité, il faudra également intégrer un programme de dépistage des risques nutritionnels qui permettra d'identifier rapidement les personnes qui risquent de glisser rapidement vers un état de dénutrition difficilement réversible si on n'agit pas à temps.

Une intervention précoce pourra donc prévenir cette dénutrition en agissant sur des facteurs de risque individuels comme, par exemple, la santé buccale, qui est évoquée dans

Often these individuals simply no longer have the ability to prepare their meals and they have no one to help them with meal preparation.

However, screening is useless if further measures are not taken and monitored on a regular basis in order to ensure follow-up and treatment for nutritional problems by specialists. Over the past few years, several guides, grids and tools have been developed and validated by Canadian researchers for the purposes of screening for nutritional risks. Unfortunately, these tools have not yet been integrated on the ground. One of the main reasons for this delay is the lack of nutrition professionals in community practices.

As in the case of doctors and nurses, more dieticians have to be trained and more positions for dieticians have to be opened up in communities in order to ensure the nutritional follow-up of individuals.

Finally, providing food is also a social act. Community organizations such as meals on wheels and community cafeterias meet several seniors' needs besides providing a supply of essential quality food, and they deserve to be supported.

I would like to briefly speak about those individuals who live in seniors' homes that are the living environment for several Canadian seniors. There are significant deficiencies in the quality and quantity of meals served in some of these homes.

The quality of food services provided in these homes should be a condition for their certification. In fact, as in the case of individuals, the part of the budget that is most often eroded in order to free up funds is often food. We have a public responsibility to ensure the well-being and health of our seniors, even in private living environments.

I would like to remind you that in these institutions, seniors constitute a captive and vulnerable clientele given how rare available spots are. Professional resources must also be allocated to this sector in order to ensure that the meals prepared in these homes meet food safety standards and meet the energy and nutritional requirements of the people living there.

I would like to conclude with a word on residential and long-term care centres, where I think people have forgotten that our sense of taste and smell are what guide our eating habits.

Recent studies have shown how the senses significantly affect our appetite and food intake. Long-term care centres are home to the people who reside there. We are not talking about a temporary stay at the hospital. However, the way food services are organized in those residences is modeled after the hospital environment, and meals are often prepared off-site.

Just imagine receiving a meal tray that has travelled a fair bit before being placed in front of you, with food that is lukewarm and has almost no aroma. That does not have a very stimulating effect on one's appetite.

le rapport, ou bien d'autres facteurs, individuels ou environnementaux. Souvent, la personne n'a tout simplement plus la capacité de préparer ses repas et n'a pas d'aide pour effectuer cette préparation.

Toutefois, le dépistage est inutile si des mesures subséquentes pour assurer le suivi et le traitement des problèmes nutritionnels par des spécialistes ne sont pas mises en place et surveillées sur une base régulière. Au cours des dernières années, plusieurs guides, grilles et outils ont été développés et validés par des chercheurs canadiens pour dépister les risques nutritionnels. Ils ne sont malheureusement pas encore intégrés dans la pratique. Une des raisons principales de ce retard est la rareté des professionnels en nutrition dans les milieux de pratique communautaires.

Comme pour les médecins et les infirmières, il faut former plus de diététistes et ouvrir des postes de diététistes dans les milieux communautaires pour permettre le suivi des personnes en matière de nutrition.

Finalement, l'alimentation est aussi un geste social. Les organismes communautaires, comme les popotes roulantes et les cafétérias communautaires qui répondent à plusieurs besoins des personnes âgées en plus de leur assurer une alimentation de qualité sont essentiels et méritent d'être supportés.

Je voudrais aborder succinctement les personnes qui vivent dans les résidences pour personnes âgées et qui représentent un milieu de vie pour de nombreux aînés canadiens. On a observé des lacunes importantes en ce qui a trait à la qualité et à la quantité des repas servis dans certaines de ces résidences.

La qualité du service alimentaire offert dans ces résidences devrait devenir une condition essentielle à leur accréditation. En effet, comme pour les individus, le poste budgétaire sur lequel on rogne le plus pour dégager des profits est souvent l'alimentation. Il est de la responsabilité publique d'assurer le bien-être et la santé de nos aînés, même dans un milieu de vie privé.

Il faut se rappeler que dans ces institutions, les personnes âgées sont une clientèle captive et vulnérable étant donné la rareté des places disponibles dans le réseau. Dans ce secteur également, l'allocation de ressources professionnelles s'avère nécessaire pour assurer que les repas préparés dans ces résidences répondent aux normes de salubrité et qu'ils satisfassent les besoins énergétiques et nutritionnels des personnes qui y demeurent.

Je vais terminer avec un mot sur les centres d'hébergement et de soins de longue durée, où je crois on a oublié que le goût et l'odorat étaient les piliers de nos conduites alimentaires.

Des études ont montré l'importance capitale des sens dans l'appétit et la consommation alimentaire. Les CHSLD sont les milieux de vie des personnes qui y séjournent. Il ne s'agit plus d'un passage temporaire à l'hôpital. Toutefois, l'organisation du service alimentaire dans ces milieux est calquée sur le milieu hospitalier et souvent les repas sont préparés à l'extérieur de l'établissement.

Imaginez simplement la réception d'un plateau-repas qui a déjà pas mal voyagé avant d'arriver sur votre tablette, où tous les aliments sont tièdes et ne sentent à peu près plus rien. Ceci n'a pas un effet très stimulant sur l'appétit.

Research has been conducted in a number of long-term health care facilities in Canada and Europe where small health care units were outfitted with their own kitchens and dining rooms. All of those studies have shown an improvement in residents' nutritional status, vitality and sociability. Food services develop not only people's nutritional health, but also their social well-being.

New facilities, such as those that have recently been built in Sherbrooke, have opted for this new kind of food service organization, particularly for people with dementia. This type of organizational concept should be adopted as the standard for all new buildings, refurbishments or expansions of existing long-term health care centres.

Allowing people who live in long-term care centres to have their meals in a stimulating and friendly setting satisfies an essential need, that is, to feed oneself with healthy foods.

[English]

The Chair: Thank you, Dr. Payette. It is very interesting that on Monday we were in Halifax at the Camp Hill Veteran's Memorial Hospital, where they prepare the food on site in two different kitchens on the same floor. You could smell the bacon all through. We all got hungry, so we relate very well to your presentation.

[Translation]

Dr. Stephen Cunnane, Director, Centre for Aging Research, as an individual: Madam Chair and members of the committee, good morning. I would like to avail myself of this bilingual setting to continue in my mother tongue, which is English, in order to communicate my message more accurately.

[English]

Thank you very much for this opportunity to present and for the efforts that you are going to across the country to understand the milieu of the aging population and what some of the priorities should be. I hope we can make a useful contribution to that process.

I am the director of the Research Centre on Aging, a position I have occupied for just a year. Dr. Hébert was the founder and director of the research centre until 2001, and Dr. Payette followed him. It is through them that this research centre has developed and has become known for the national and international plan, and I certainly hope to continue the work that they have started.

I have a document to leave with you; I have two copies of the annual report from last year. We are 37 researchers, and in a city such as Sherbrooke with 125,000 people, it is quite an accomplishment to get those people together in a single milieu. We are from five faculties, which comes back to the term "multidisciplinary" that Dr. Hébert used. We are trying, in a way, to do the A to Z of aging research. Twelve departments are

Des expérimentations de petites unités de soins possédant leur propre cuisine et leur salle à manger ont été menées dans plusieurs CHSLD au Canada et en Europe. Toutes ont montré l'amélioration de l'état nutritionnel des résidents, de leur vitalité et de leur sociabilité. Donc, ces services alimentaires développent non seulement la santé nutritionnelle des personnes, mais aussi tous les aspects sociaux.

De nouvelles constructions, comme récemment à Sherbrooke, ont misé sur ce type d'organisation du service alimentaire, notamment pour les personnes atteintes de démence. Il faudrait s'assurer que ce type d'aménagement devienne la norme de toute nouvelle construction, modification ou agrandissement d'un centre d'hébergement de longue durée.

Donner la chance aux personnes vivant dans un centre d'hébergement de profiter d'un environnement stimulant et convivial pour les repas répond à un besoin essentiel, celui de s'alimenter et du plaisir de s'alimenter sagement.

[Traduction]

La présidente : Merci, docteure Payette. Je dois vous dire que lundi, nous étions à Halifax. Nous nous trouvions dans un centre médical pour anciens combattants, le Camp Hill Veteran's Memorial Hospital, où les repas sont préparés dans deux cuisines différentes situées sur le même étage. Ça sentait le bacon partout, si bien que nous avons tous eu faim. Nous pouvons donc très bien comprendre ce que vous venez de dire.

[Français]

Dr Stephen Cunnane, directeur, Centre de recherche sur le vieillissement, à titre personnel : Madame la présidente et membres du comité, bonjour. Je voudrais profiter de ce milieu bilingue pour poursuivre dans ma langue maternelle, qui est l'anglais, afin d'être plus précis et mieux communiquer mon message.

[Traduction]

Merci de m'accueillir et merci aussi du travail que vous faites en sillonnant le Canada afin de mieux comprendre les conditions de vie de la population vieillissante et définir les bonnes priorités. J'espère pouvoir contribuer de façon utile à cette démarche.

Je suis directeur du Centre de recherche sur le vieillissement, poste que j'occupe depuis à peine un an. Le Dr Hébert est le fondateur du centre, dont il a été le directeur de recherche jusqu'en 2001, avant que Mme Payette ne lui succède. C'est grâce à eux que ce centre de recherche a pu se développer et se tailler une réputation nationale et internationale et j'espère poursuivre la tâche qu'ils ont entreprise.

J'ai apporté à votre intention deux exemplaires de notre rapport annuel de l'année dernière. Nous comptons 37 chercheurs, et dans une ville de 125 000 habitants comme Sherbrooke, c'est un exploit que de les rassembler tous dans un même milieu. Ces chercheurs sont diplômés de cinq facultés différentes, ce qui explique le terme « multidisciplinaire » employé par le Dr Hébert. En gros, nos chercheurs s'efforcent d'étudier

involved with our researchers, and we are on three different sites physically, which imposes a certain logistical challenge at times even in a small city.

We are doing what I would call the engineering to the ethics of research on aging, and we have specialists who are capable of mounting research projects or developing collaborations on topics as diverse as the engineering aspects and some of the computerized assisted devices and so on to help the elderly, certainly those requiring rehabilitation, and the ethical issues that we have to deal with today.

It is not based strictly on medical aspects or services or on fundamental research at the cellular level. We are trying to move forward on all those levels.

We are a centre of excellence at the University of Sherbrooke, which means we have a certain recognition in the university milieu and certain benefits and obligations. However, I think we stand out in research done by the university. One of the priorities of the University of Sherbrooke is to support the research centre and research on aging in general.

We are a research centre of the Fonds de recherche en santé du Québec. Quebec has 19 of those centres, and that is also recognition at the provincial level that the area that we work in, aging research, is something that absolutely requires the attention and focus that can be provided by a research centre and the infrastructure funding from the province and the federal funding that we get, and various sorts of funding for the research projects themselves.

In a way, we are a model for the approach that is required to understand what healthy aging is about. It is a message that Dr. Payette was trying to leave with you. We have to focus on healthy aging. It is a message that Dr. Hébert was trying to leave as well. People want to age at home, and ideally they need to stay healthy in order to stay at home and to stay out of hospitals. Healthy aging is what the future of aging is about. We are working on those levels, the services required. It takes research. It is a young field.

Aging research, in fact, is a new field. We are celebrating our twentieth anniversary this year as a research centre, which started as a small group with three or four researchers led by Dr. Hébert in 1988. If you compare it to the work on cholesterol, for instance, that has been going on since the early 1950s, I would argue that we still do not know how to interpret elevated cholesterol, how to treat it or whether to treat it. Perhaps in young adults, we need to treat high LDL cholesterol and so on, but what about in the aging population? Is it important to treat cholesterol at 75 years of age or not? Most people at 75 years of age are on a statin. Can we really justify that these days or not? Therefore, it is a young field, and this is why research is quite important.

absolument tous les aspects du vieillissement. Ils travaillent en collaboration avec douze départements et dans trois immeubles différents, ce qui peut causer certaines difficultés de logistique, même dans une petite ville.

Nous sommes en quelque sorte en train de définir l'éthique de la recherche sur le vieillissement. Nos spécialistes sont capables de monter des projets de recherche ou d'établir des collaborations sur des sujets aussi divers que l'ingénierie et des dispositifs informatiques pour aider les personnes âgées, particulièrement celles qui ont besoin de services de réadaptation, tout en élaborant les balises éthiques dont nous avons besoin aujourd'hui.

Notre travail ne porte pas strictement sur des aspects ou des services médicaux ni sur des recherches fondamentales au niveau cellulaire. Nous essayons d'avancer en même temps sur tous ces fronts.

Nous sommes un centre d'excellence de l'Université de Sherbrooke, ce qui nous vaut une certaine reconnaissance dans les milieux universitaires ainsi que certains avantages et certaines obligations. Cependant, je pense que nous nous démarquons parmi les recherches effectuées à l'université. L'appui au centre de recherche et la recherche sur le vieillissement en général sont une des priorités de l'Université de Sherbrooke.

Nous sommes l'un des 19 centres de recherche du Fonds de recherche en santé du Québec. Cela témoigne de la reconnaissance, à l'échelle provinciale, de l'importance de notre champ de travail, la recherche sur le vieillissement. On estime qu'il s'agit d'un domaine qui a absolument besoin de l'attention et des efforts ciblés que le centre de recherche peut offrir. Nous recevons des fonds provinciaux et fédéraux pour l'infrastructure, de même que diverses subventions pour les projets de recherche eux-mêmes.

Nous incarnons en quelque sorte une approche modèle pour la recherche sur le vieillissement en santé. C'est le message que Mme Payette voulait vous communiquer. Nous devons mettre l'accent sur le vieillissement en bonne santé. Le Dr Hébert a également voulu exprimer cette idée. Les gens veulent vieillir chez eux et pas entre les murs d'un hôpital, et pour le faire, ils doivent demeurer en bonne santé. Dans l'avenir, il faudra mettre l'accent sur les moyens à prendre pour vieillir en bonne santé. Nous travaillons dans cette optique et nous examinons les services nécessaires. Pour cela, il faut des recherches car le domaine est encore tout nouveau.

En fait, tout le domaine de la recherche sur le vieillissement est nouveau. Cette année, le centre de recherche fêtera son 12^e anniversaire. En 1988, ce n'était qu'un petit groupe de trois ou quatre chercheurs dirigé par le Dr Hébert. Prenons le cas, par exemple, des recherches sur le cholestérol qui ont commencé au début des années 50. Nous ne savons toujours pas comment interpréter les taux élevés de cholestérol, ni comment le traiter ou s'il y a lieu de le traiter. Il est peut-être vrai que chez le jeune adulte, il faut le traiter lorsqu'il y a des taux élevés de cholestérol LDL, mais qu'en est-il des sujets âgés? Faut-il absolument traiter le cholestérol à 75 ans? La plupart des personnes de cet âge prennent des statines. Aujourd'hui, est-ce justifié ou non? Comme on le voit, il s'agit d'un champ de recherche tout jeune, d'où son importance.

One of the main concerns or fears about getting old today, on a parallel perhaps with cancer, is Alzheimer's disease, cognitive decline, loss of memory. Everyone, particularly the baby boomers, fears that diagnosis; everyone fears it in a family member when one sees the classic example of, "Where are my keys?"

What do we do about Alzheimer's disease? The incidence is rising rapidly. It does not matter what statistics you look at, we see that the incidence has increased dramatically over the past 20 years. Where are we going with this issue? Do we have any effective treatments today? If you look at the literature on this, most physicians treating Alzheimer's disease will tell you that it is too late. Once we have been able to diagnose the condition, it is too late. We need to take care of the people who have Alzheimer's disease, but we need to think, as well, about preventing it.

Alzheimer's disease is not a genetic disease. Genes are involved at some level, but the reason it is changing is because our lifestyle has been changing over the past 50 years. That is a factor that we can do something about. We will not eliminate Alzheimer's disease, but we can affect it. The same things that affect your risk of cancer, diabetes, a heart attack or a stroke are the things that affect your risk of Alzheimer's disease. It is not in a different category. The recommendations are not different for people to treat Alzheimer's disease or to prevent it. It is about the risk of diabetes.

Diabetes is the main problem facing healthy aging on all levels, all disease aspects related to cancer, heart disease and brain function in the elderly. Type 2 diabetes, or adult-onset diabetes, involves insulin no longer being effective in the body. This is a problem that starts in the twenties, thirties or forties. We have to change the attitudes of people starting at school-age children.

The attitudes start in children, in adolescents, in high schools, in the types of food that are available, in the amount of activity, in the number of physical education instructors in schools, in the number of pathways for cycling in cities, and so on. Ottawa is a beautiful city for that sort of thing, with the cycling paths and skating on the canal — although that only lasts two or three weeks. However, the concept of what type of exercise you do is in your head. It is not a question of buying an exercise machine for \$2,000 and using it religiously for three weeks and then letting it gather dust. It is about walking to work, getting off the subway one stop before your building, and it is about doing this for life because it is about prevention.

We do not have all the answers, but we need to come in at different levels. We need to understand what is happening at the cellular level to develop new drugs. We have elderly people who

Une des principales craintes qu'inspire le vieillissement de nos jours, mis à part le cancer, c'est la maladie d'Alzheimer, le déclin cognitif et la perte de mémoire. Tout le monde, particulièrement la génération du baby-boom, redoute ce diagnostic; et dès qu'une personne demande où sont ses clés, les autres membres de la famille s'inquiètent.

Que faisons-nous dans le domaine de la maladie d'Alzheimer, dont l'incidence s'accroît rapidement. Les statistiques de toutes sources montrent que l'incidence a grimpé en flèche au cours des 20 dernières années. Qu'allons-nous faire à ce sujet? Existe-t-il actuellement des traitements efficaces? D'après les études sur le sujet, la plupart des médecins estiment qu'une fois que la maladie d'Alzheimer a été diagnostiquée, il est trop tard. Nous devons soigner les gens qui sont atteints de cette maladie, mais nous devons également réfléchir aux moyens de la prévenir.

La maladie d'Alzheimer n'est pas d'origine génétique. Les gènes interviennent d'une façon quelconque, mais si elle est plus fréquente de nos jours c'est parce que notre mode de vie a changé au cours des 50 dernières années. C'est là un facteur sur lequel nous pouvons agir. Nous n'arriverons pas à éliminer la maladie d'Alzheimer, mais nous pouvons en influencer la fréquence ou l'évolution. Les facteurs qui déterminent le risque de cancer, de diabète, de crise cardiaque ou d'accident vasculaire cérébral déterminent aussi le risque d'avoir la maladie d'Alzheimer. Ils ne sont pas dans une catégorie à part. Les recommandations sont les mêmes quant au traitement ou à la prévention de la maladie d'Alzheimer. Cela a trait aux risques de diabète.

Le diabète est le principal obstacle au vieillissement en santé; c'est un facteur lié à tous les aspects du cancer, des maladies cardiaques et du fonctionnement cérébral chez la personne âgée. Le diabète de type 2, dit diabète de la maturité, apparaît lorsque l'insuline cesse d'être bien utilisée par l'organisme. C'est un problème qui commence pendant la vingtaine, la trentaine ou la quarantaine. Nous devons changer les mentalités, en commençant auprès des enfants d'âge scolaire.

Les attitudes se développent pendant l'enfance, et l'adolescence. Et à l'école secondaire, en fonction des types d'aliments offerts, du degré d'activité physique, du nombre de professeurs d'éducation physique dans les écoles, du nombre de pistes cyclables dans les villes, et ainsi de suite. Ottawa est une ville extraordinaire à cet égard, à cause des pistes cyclables qu'on y trouve et de la possibilité de patiner sur le canal, même si elles n'existent que pendant deux ou trois semaines. Cependant, chacun choisit son genre d'activité physique en son for intérieur. Il ne s'agit pas d'acheter un exerciceur de 2 000 \$ et de s'en servir religieusement pendant trois semaines pour ensuite ne plus y toucher. Il faut prendre l'habitude de se rendre au travail à pied, de descendre du métro une station avant celle de son immeuble et d'adopter ces comportements à vie pour prévenir les maladies.

Nous n'avons pas toutes les réponses, mais nous devons intervenir à différents niveaux. Il faut étudier ce qui se passe au niveau cellulaire afin de mettre au point de nouveaux

need drug treatments, and we do not necessarily have the best ones yet. Therefore, there are definitely developments at the medical and pharmaceutical level.

There is also basic public health common sense around exercise, nutrition — as Dr. Payette was trying to explain — and the services to allow people to stay at home. A balance is needed between taking an approach to public health, improving our research and understanding of some of the fundamental aspects, respecting the need in the long term of people to stay healthy and basically keep them out of hospital as long as possible.

That is my message. Thank you very much for your time.

Senator Mercer: I would like to thank all three of you for coming. Dr. Hébert, you talked about home care. In our travels so far, home care has been the focus almost everywhere we have gone. We have visited a couple of locations. I am interested in your opinion as to which province in Canada today has the best home care program. We need a model, and if we are to make any recommendations in home care, we want to come in at the top level.

I know that in my province of Nova Scotia, we do not have the top model. I am not happy to admit it, but it is a fact. I am interested in knowing which one or two provinces we should be examining more closely.

Dr. Hébert: I am not sure there is one. I have travelled around Canada a lot over the last 20 years. I can say to you that no province could be looked at as a model for home care. It is a general problem in Canada probably because it was not considered as medically necessary care in the Canada Health Act. Therefore, it was neglected.

It is now time to focus on home care, as I said, because that is where the care is. At the moment, in every province in Canada, we have many examples of the misadaptation of hospitals to support long-term care because the emergency rooms are crowded; the beds in hospitals are occupied by people needing long-term care. The hospitals should no longer be the centre of the system.

We have to re-centre the system around the home with strong primary care services and strong home care, and a good integration of services also. It is very difficult to coordinate the care at home because many agencies and professionals are involved. That has to be better coordinated.

We need a model in Canada. The models and the literature of integrated care that we have at the moment come from the United States, which has a different health care system. For example, the model from the United States, the Program of All-inclusive Care for the Elderly, or PACE model, was replicated in Alberta as the

médicaments. Certaines personnes âgées ont besoin de traitements médicamenteux et nous n'avons pas nécessairement encore les meilleurs. Il y a donc des avancées à faire sur le plan médical et le plan pharmaceutique.

Il y a également des mesures de santé publique de base qui relèvent du sens commun en ce qui concerne l'activité physique, la nutrition — comme la Dre Payette l'a indiqué — et les services qui permettraient aux gens de continuer à vivre chez eux. Il faut concilier nos interventions sur différents fronts : instaurer les mesures de santé publique, améliorer nos recherches et notre compréhension de certains aspects fondamentaux du vieillissement, aider les gens à demeurer en bonne santé pendant toute leur vie si possible afin d'éviter le plus longtemps possible leur hospitalisation.

Voilà le message que je voulais vous livrer. Merci de votre attention.

Le sénateur Mercer : Je tiens à vous remercier tous les trois d'être venus. Docteur Hébert, vous avez parlé des soins à domicile. Dans tous les endroits que nous avons visités jusqu'à maintenant, cette question était au centre du débat. Nous nous sommes rendus à différents endroits. À votre avis, quelle province a actuellement le meilleur programme de soins à domicile au Canada? Nous avons besoin d'un modèle et nous souhaitons nous inspirer de la meilleure formule dans nos recommandations.

Je sais que dans ma province d'origine, la Nouvelle-Écosse, le programme de soins à domicile laisse à désirer. Je n'aime pas le dire, mais c'est un fait. Y a-t-il une ou deux provinces que nous devrions examiner de plus près?

Dr Hébert : Je n'en suis pas sûr. Ayant beaucoup parcouru le Canada au cours des 20 dernières années, je peux vous dire qu'aucune province n'a de programme exemplaire en matière de soins à domicile. C'est du reste un problème généralisé au Canada, probablement attribuable au fait que ces soins n'étaient pas considérés comme médicalement nécessaires aux termes de la Loi canadienne sur la santé. C'est pour cela qu'ils ont été négligés.

Comme je le disais, il faut maintenant nous concentrer sur les soins à domicile, car c'est là que sont les besoins. À l'heure actuelle, il y a dans chaque province du Canada de nombreux exemples de désadaptation des hôpitaux aux soins de longue durée parce que les salles d'urgence sont bondées; les lits sont occupés par des personnes qui ont besoin de soins de longue durée. Les hôpitaux ne devraient plus être le cœur du système.

Nous devons recentrer le système sur de solides services de soins de première ligne et de solides soins à domicile; il faut aussi bien intégrer tous les services. Il est très difficile de coordonner les soins à domicile parce que beaucoup d'organismes et de professionnels interviennent dans ce domaine. Il faut une meilleure coordination.

Nous avons besoin de modèles proprement canadiens. Les modèles de soins intégrés qui sont actuellement décrits dans la littérature nous viennent des États-Unis, où le système de santé est très différent. Par exemple, le modèle PACE des États-Unis, le programme global de soins pour les personnes âgées, a été repris

Comprehensive Home Option of Integrated Care for the frail Elderly, or CHOICE model, in which an organization is taking care of a given population, is not a good fit for Canada.

A good model should integrate all the agencies in a given area, not be separate from the usual health care system. The model we developed here with the Program of Research to Integrate the Services for the Maintenance of Autonomy, PRISMA, is a systemic change that includes all the actors involved in the care of the elderly, with a single point of entry and a case manager who is responsible for evaluating the needs of the people and ensuring that they receive good service from the right agency at the right time.

The case manager is a key professional in such a model. We should not duplicate the different assessments of the elderly people; we should be sure that one assessment is common to all the agencies and that there is good communication between agencies. The electronic health record is a very strong instrument to foster such coordination. It works in a Canadian context. We know how to implement that. We know that there is no extra cost to implement such a system, but we should invest first in order to benefit second. That is the message. We cannot do that without investing to get the benefit from such coordination.

We need to consider home care as part of our health care system, as integrated into our health care system, and we need to invest in home care. If we invest in home care — and there is a lot of evidence on that — we will decrease the pressure on hospitals and long-term care institution, and improve the quality of life for people. That is what people want; they want to stay home; they want to get the services where they live, not the other way around.

That is a strong message, and I hope your report will insist on this issue, which is critical for the sustainability of our health care system.

Senator Mercer: I would suggest that that is probably where we will go, without predetermining that today.

Dr. Cunnane: I was impressed when you said that 37 researchers, 5 facilities and 12 departments are involved in several campuses. That is quite impressive, particularly for a community this size.

The University of Sherbrooke has a special relationship with medical schools with the University of Moncton, in New Brunswick.

Dr. Cunnane: Yes, they do.

Senator Mercer: I am curious; does this research centre have a special relationship with the University of Moncton as well? Are they involved in your research, and do they benefit from the quality of researches that you have in Sherbrooke?

Dr. Cunnane: The short answer is, no. At least that is what I thought; perhaps I need to be corrected. Obviously, I need to be corrected. I will turn it over to Dr. Payette.

en Alberta. Il y est devenu le modèle CHOICE (Comprehensive Home Option of Integrated Care for the frail Elderly), dans lequel une organisation prend en charge une clientèle donnée, modèle qui n'est pas bien adaptée à la réalité canadienne.

Pour être utile, un modèle doit intégrer tous les organismes présents sur un territoire donné et non être à part du régime de santé habituel. Le modèle PRISMA, c'est-à-dire Programme de recherche visant l'intégration des services pour le maintien de l'autonomie, constitue un changement systémique. Il englobe tous les acteurs intervenant dans les soins aux personnes âgées, avec un guichet unique et un gestionnaire de cas à qui il incombe d'évaluer les besoins des gens et de veiller à ce qu'ils reçoivent les bons services du bon organisme au bon moment.

Le gestionnaire de cas est un professionnel essentiel dans ce modèle. Nous ne devrions pas refaire plusieurs évaluations des personnes âgées, mais plutôt faire en sorte que tous les organismes se fondent sur une évaluation commune et communiquent bien entre eux. Le dossier de santé électronique est un instrument très utile pour faciliter cette coordination et il fonctionne bien dans le contexte canadien. Nous savons comment instaurer un tel système et nous savons qu'il ne comporte pas de frais supplémentaires, mais il faut investir maintenant pour pouvoir en profiter plus tard. Voilà l'essentiel de notre message. On ne pourra pas profiter de cette coordination sans investir au départ.

Nous devons considérer les soins à domicile comme faisant partie intégrante de notre régime de soins de santé et nous devons investir dans les soins à domicile. Si nous le faisons, cela allégera les pressions sur les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée tout en améliorant la qualité de vie des gens; beaucoup d'études le démontrent. Et c'est ce que les gens veulent : Ils veulent rester chez eux et obtenir les services là où ils vivent, et non l'inverse.

C'est un message très puissant, et j'espère que votre rapport y fera une grande place, car c'est capital pour la viabilité de notre système de santé.

Le sénateur Mercer : Je crois que c'est dans cette direction que nous nous orienterons, sans pouvoir l'affirmer catégoriquement aujourd'hui.

Monsieur Cunnane, vous avez dit que vous avez 37 chercheurs, 5 centres et 12 départements dans différents campus. C'est un bilan très impressionnant, particulièrement pour une ville de cette taille.

L'Université de Sherbrooke entretient des relations privilégiées avec la faculté de médecine de l'Université de Moncton, au Nouveau-Brunswick.

Dr Cunnane : Oui, effectivement.

Le sénateur Mercer : Votre centre de recherche a-t-il aussi des liens privilégiés avec le reste de l'Université de Moncton? Les autres facultés prennent-elles part à vos recherches et profitent-elles de la qualité des travaux que vous effectuez à Sherbrooke?

Dr Cunnane : La réponse est non. Du moins c'est ce que je pensais; peut-être que je me trompe. De toute évidence, je me trompe. Je céderai la parole à la Dre Payette.

Dr. Payette: I think there is no systematic organization or collaboration, but I have been an adjunct professor at the University of Moncton for many years. Other researchers from the research centre and from the University of Sherbrooke collaborated for a while and still do. There is a centre on aging at the University of Moncton, and we are dealing with people from the social department and the nutrition department. I supervised many students and still collaborate with them. I am a co-investigator on projects with the University of Moncton.

I think it is coming. Not a lot of research is done on aging at the University of Moncton other than by the social department, but I think we can progress and increase this collaboration eventually.

Dr. Hébert: You raise a very good point. We developed a campus in Moncton for 24 first-year students in medicine. I was there yesterday for my annual visit to meet with the students, the professors and the authority from the hospital, and it is going very well. We are in the second year now, so we have 48 students, and it is going very well. We are already involved in clerkships in New Brunswick and also in family medicine residency programs for 15 years now.

You have a good point. It is now time to extend this implication in research, and probably research on aging is a good way to start. Recently, the Government of New Brunswick announced the creation of an agency for research in the province, which will help to support research projects and research centres. I am sure the University of Sherbrooke will be very active in developing that in the province.

Senator Mercer: I want you to know that those of us from the Maritimes really appreciate the work that the University of Sherbrooke is doing with the University of Moncton. It is extremely important for us to have home-trained doctors who work in the French language because of the Acadian population in all three Maritime provinces. It will be very helpful as we produce the first graduates — and hopefully they will stay in Atlantic Canada.

This is the type of cooperation that schools should have in solving the great problems that we have across the country. I want to ensure that you know that it is very much appreciated.

Dr. Hébert: At the moment, the French students from Nova Scotia, PEI and Newfoundland are coming to Sherbrooke to get their medical training. We get three or four students every year, and we are in negotiating with the Government of New Brunswick at the moment to keep those students in the Moncton campus instead of bringing them to Sherbrooke. It will be a very good move to keep those students from Atlantic Canada in the Atlantic provinces for their training.

Dre Payette : Je pense qu'il n'existe pas d'organisation ou de collaboration systématique, mais j'ai été professeure auxiliaire à l'Université de Moncton pendant de nombreuses années. D'autres chercheurs du centre de recherche et de l'Université de Sherbrooke ont collaboré pendant un certain temps et continuent de le faire. Il existe un centre du vieillissement à l'Université de Moncton et nous traitons avec des membres du département des sciences sociales et du département de nutrition. J'ai supervisé de nombreux étudiants et je continue de collaborer avec eux. Je suis co-chercheuse dans des projets à l'Université de Moncton.

Je pense que cela se fera. Il n'y a pas beaucoup de recherche qui est faite sur le vieillissement à l'Université de Moncton, mise à part celle effectuée par le département des sciences sociales, mais je pense que nous pouvons progresser et pourrions accroître cette collaboration à un moment donné.

Dr Hébert : Vous soulevez un très bon argument. Nous avons développé un campus à Moncton pour 24 étudiants de première année en médecine. J'étais là hier à l'occasion de ma visite annuelle afin de rencontrer les étudiants, les professeurs et l'administration de l'hôpital, et les choses se déroulent très bien. Nous entrons dans notre deuxième année aujourd'hui, donc nous comptons 48 étudiants, et les choses se déroulent très bien. Nous participons déjà à des stages cliniques au Nouveau-Brunswick et aussi à des programmes d'internat en médecine familiale depuis 15 ans maintenant.

Vous faites valoir un bon argument. Il est maintenant temps d'élargir cette participation à la recherche, et probablement que la recherche sur le vieillissement est un bon point de départ. Récemment, le gouvernement du Nouveau-Brunswick a annoncé la création d'une agence de recherche dans la province, qui permettra d'appuyer les projets et les centres de recherche. Je suis sûr que l'Université de Sherbrooke participera très activement à l'élaboration d'une telle initiative dans la province.

Le sénateur Mercer : Je tiens à ce que vous sachiez que ceux d'entre nous qui viennent des Maritimes apprécient vraiment le travail qu'effectue l'Université de Sherbrooke avec l'Université de Moncton. Il est très important que nous ayons des médecins formés chez nous qui travaillent en français à cause de la présence de la population acadienne dans les trois provinces des Maritimes. Cela sera très utile au fur et à mesure que les premiers diplômés sortiront des universités — et nous espérons qu'ils resteront dans la région atlantique du Canada.

C'est le genre de coopération dont devraient faire preuve les écoles pour régler les graves problèmes que nous connaissons partout au pays. Je tiens à m'assurer que vous sachiez que nous apprécions beaucoup cette initiative.

Dr Hébert : Pour l'instant, les étudiants francophones de la Nouvelle-Écosse, de l'Île-du-Prince-Édouard et de Terre-Neuve viennent à Sherbrooke pour y faire leur formation médicale. Nous accueillons trois ou quatre étudiants chaque année, et nous sommes en train de négocier à l'heure actuelle avec le gouvernement du Nouveau-Brunswick pour que les étudiants restent sur le campus de Moncton au lieu d'aller à Sherbrooke. Ce sera une très bonne chose d'assurer la formation des étudiants de la région atlantique dans les provinces de l'Atlantique.

The Chair: In my discussions with Dr. Hébert earlier, I also learned that there are some francophones from Western Canada, Manitoba included, who are being trained at the University of Sherbrooke, and physicians are available to them so that they can do their medical training in French.

Senator Keon: The Canada Health Act was a great contribution to Canadian society, but the negative spin-off from the act is that it placed the single payer in the position, for a very long time, of only paying for services that doctors provided or hospitals provided. We are gradually getting a little beyond that.

However, I spent my professional life, 35 years, as the CEO of quite a large institution, and as a practising doctor. I knew, within a very short period of time, that we were doing things wrong. I tried to convince governments along the way to change without much success, but I think we are on the verge of it now.

As an aside, in the Senate now, I am concentrating on a study on the human life cycle called population health, which includes from parenting through maternal health, through early child development, and so on, to seniors. I do not believe we will be successful in implementing our ideas unless the ideas that all three of you were expressing this morning can come to pass, and that is, we have to build community infrastructure.

That is tough, because the hospital establishment is so powerful. When you start talking about community infrastructure, they jump on it and want to build, and they have these huge budgets. I know because I had access to over \$100 million a year for years and years. You could do just about anything you wanted with that money, and this is a huge barrier.

I commend you for what you have done in coming together. The exciting thing about you guys here in Quebec is that you are ahead of the curve. My brother was a family physician, and he worked in the CLSCs, the local community service centres, when they first came out. I thought this was the most exciting development that I had seen in medicine, but somehow it just did not work out the way it should have. I do not know what went wrong, but it did not. It was a great idea to have this integration of social services and medicine at the community level.

If the gospel you are preaching this morning about allowing a senior to live a healthy life is to start planning in her teenage years for her senior years and to die happily in her own bed at 105 without having had cancer, heart disease, a stroke, type 2 diabetes and so forth, if that will come to pass, we have to somehow marshal the heart and mind to turn our concept of health 180 degrees; and that is my question to you.

La présidente : Dans mes discussions avec le Dr Hébert plus tôt, j'ai également appris qu'il y a des francophones de l'Ouest du Canada, le Manitoba inclus, qui suivent leur formation à l'Université de Sherbrooke, et qu'il y a des médecins à leur disposition pour leur permettre de suivre leur formation médicale en français.

Le sénateur Keon : La Loi canadienne sur la santé a grandement contribué à la société canadienne, mais la conséquence négative de cette loi, c'est qu'elle a obligé le payeur unique pendant très longtemps à payer uniquement les services assurés par les médecins ou les hôpitaux. Nous sommes graduellement en train de nous éloigner un peu de ce modèle.

Quoi qu'il en soit, j'ai passé ma vie professionnelle, 35 ans, à titre de PDG d'un établissement assez important, et à titre de médecin praticien. Je me suis rapidement rendu compte que nous ne faisons pas les choses correctement. J'ai tâché de convaincre les gouvernements au fil des ans d'apporter des changements sans beaucoup de succès, mais je pense que nous sommes sur le point d'y arriver.

J'aimerais faire une parenthèse. Au Sénat, à l'heure actuelle, je m'occupe d'une étude sur le cycle de la vie humaine, c'est-à-dire sur la santé des populations, qui porte entre autres sur le rôle parental, la santé maternelle, le développement du jeune enfant et les aînés. Je ne crois pas que nous réussirons à concrétiser nos idées à moins que les idées que vous avez tous les trois exprimées ce matin puissent être adoptées, c'est-à-dire que nous devons construire une infrastructure communautaire.

Cela est difficile, parce que les milieux dirigeants du secteur hospitalier sont si puissants. Lorsque l'on parle d'infrastructure communautaire, ils sautent sur cette idée et veulent s'occuper de la construction et ils disposent d'énormes budgets. Je le sais, parce que j'ai eu accès à un budget annuel de plus de 100 millions de dollars pendant des années. On pouvait faire pratiquement tout ce que l'on voulait avec cet argent, et c'est un énorme obstacle.

Je vous félicite d'avoir décidé de collaborer. Ce qui est vraiment intéressant à propos du travail que vous faites au Québec, c'est que vous êtes en avance sur les autres. Mon frère était médecin de famille et a travaillé dans des CLSC, les centres locaux de services communautaires, lorsqu'ils ont été mis sur pied la première fois. C'était à mon avis l'une des innovations des plus intéressantes que je n'avais jamais constatée en médecine, mais d'une façon ou d'une autre, ces centres n'ont pas fonctionné comme ils auraient dû. J'ignore ce qui s'est passé, mais cela n'a pas fonctionné. C'était une excellente idée d'intégrer les services sociaux et médicaux au niveau communautaire.

Si l'on veut que les mesures que vous préconisez ce matin se concrétisent, c'est-à-dire que pour permettre à un aîné de vivre une vie en santé, il faut que cette personne commence à planifier sa vie pendant son adolescence en prévision de sa vieillesse de sorte à mourir heureuse dans son propre lit à l'âge de 105 ans sans avoir eu le cancer, de maladie cardiaque, d'accident vasculaire cérébral, de diabète de type 2 et ainsi de suite, nous devons modifier radicalement notre conception de la santé; et c'est la question que je vous pose.

How can we influence government to turn their thinking 180 degrees and to invest in community and home care and the rest of it, but to invest in the community where the ideas you are preaching can be implemented? I would like to hear from all three of you.

Dr. Hébert: That is a very good question.

I have seen, over the last 10 or 15 years, that the discourse around aging is now more frequently in the public arena than it was, and that is a very good thing. The baby boomers are aging, and it will be a very strong phenomenon because the baby boomers have been associated with social development in this country and for the development of all the health services from which we benefit. I am sure they will continue to request good services, access to services, home care, and so on.

I am confident that the new generation of older people will be more effective in convincing the politicians and the government that it is an important area.

The other phenomenon I see at the moment is that hospitals are realizing that if there is better community care and primary care, they will have less pressure, and it will benefit them. It will help the hospitals concentrate on their main purpose, which is acute care, technological care, and not be overwhelmed by people requesting primary care or long-term care.

This mindset from a CEO of a hospital will be very important because what I see here in Sherbrooke, for example, the CEO of the university hospital is very supportive of the development of primary care and community care in the area because she realizes that it is very important for the university hospital to focus on their primary objective.

Commissions such as yours and ours, are a very important exercise to stimulate and put this debate on the public scene. I commend you for that. I am very pleased that you are committed to that. We need to convince the politicians and government that that is the way we have to go.

Dr. Keon, as you know, it is similar to treating a fever with aspirin but not treating the infection. Investing in hospitals because they are overwhelmed with emergency care and the beds are occupied by long-term care is that same as treating a fever and not the infection. If we do not treat the cause of that by improving the community care and primary care, we will never solve the problem of hospitals. That is a major issue for the sustainability of our health care system.

Dr. Payette: Research is so important in this to provide evidence-based data to have a clear message on what is important, what are the problems, such as PRISMA or other longitudinal studies on population health. We are conducting a longitudinal study on nutrition and aging in Sherbrooke and Montreal. These studies, such as the Canadian Longitudinal Study on Aging,

Comment pouvons-nous inciter les gouvernements à modifier radicalement leur façon de penser et à investir dans les soins communautaires et à domicile, entre autres, mais aussi à investir dans la collectivité où il est possible de mettre en œuvre les idées que vous préconisez? J'aimerais connaître votre opinion à tous les trois.

Dr Hébert : C'est une très bonne question.

Au cours des 10 ou 15 dernières années, j'ai constaté que le discours au sujet du vieillissement se tient de plus en plus souvent dans la sphère publique qu'auparavant, et c'est une très bonne chose. La génération du baby boom vieillit, et ce sera un phénomène très important parce que cette génération a été associée au développement social du pays et au développement de tous les services de santé dont nous profitons. Je suis sûr qu'elle continuera à demander de bons services, l'accès aux services, à des soins à domicile, et ainsi de suite.

Je suis persuadé que la nouvelle génération de personnes âgées sera plus efficace pour ce qui est de convaincre les politiciens et le gouvernement qu'il s'agit d'un domaine important.

L'autre phénomène que je constate à l'heure actuelle, c'est que les hôpitaux se rendent compte que si les services de soins communautaires et de soins primaires sont meilleurs, ils feront l'objet de moins de pression, et cela leur sera bénéfique. Cela permettra aux hôpitaux de se concentrer sur leur objectif principal, à savoir de dispenser des soins de courte durée, des soins technologiques et de ne pas être débordés par les demandes de personnes qui ont besoin de soins primaires ou de soins de longue durée.

Il sera très important que le PDG d'un hôpital adopte cette mentalité parce que d'après ce que je constate ici à Sherbrooke, par exemple, la PDG de l'hôpital universitaire appuie solidement le développement des soins primaires et des soins communautaires dans la région parce qu'elle se rend compte qu'il est très important que l'hôpital universitaire mette l'accent sur son objectif principal.

Des commissions comme la vôtre et comme la nôtre ont un rôle très important à jouer pour stimuler le débat et le tenir sur la place publique. Je vous en félicite. Je suis très heureux que vous ayez pris un engagement en ce sens. Nous devons convaincre les politiciens et les gouvernements que c'est la voie à suivre.

Docteur Keon, comme vous le savez, c'est un peu comme traiter une fièvre avec de l'aspirine sans traiter l'infection. Investir dans des hôpitaux parce qu'ils sont débordés par les soins d'urgence et que les lits sont occupés par des personnes qui ont besoin de soins de longue durée, cela équivaut à traiter la fièvre mais pas l'infection. Si nous ne traitons pas la cause en améliorant les soins communautaires et les soins primaires, nous ne réglerons jamais le problème des hôpitaux. C'est un enjeu important pour assurer la durabilité de notre système de soins de santé.

Dre Payette : La recherche joue un rôle très important à cet égard parce qu'elle fournit des données factuelles qui permettent de déterminer clairement ce qui est important, quels sont les problèmes, comme l'étude PRISMA ou d'autres études longitudinales sur la santé des populations. Nous sommes en train d'effectuer une étude longitudinale sur la nutrition et le

CLSA, which is almost in the field now, will provide evidence-based data and will also create awareness in the older population that we are interested in what they are doing.

I have seen that with the cohort that we have been following for four years. These people are very interested in learning about the opportunities that are there for them in health and in social services. This knowledge transfer that is created through the population health studies can help to mobilize the people in asking for better services and care.

Dr. Cunnane: I think you have posed the challenge of the century, in a sense, Dr. Keon. My perspective is aligned with those of Dr. Payette and Dr. Hébert.

We need to work in parallel; we need to do more research. It is similar to research on diabetes or cancer or any other major degenerative disease in that we can say that there is always new information that we need to learn before we act, but there are certain steps we can take right now.

My concept of that as applied to healthy aging is that maybe we could conceive of some model communities where we could do a pilot project on a community base. We probably need a population of 50,000 or 100,000 in order to do that. However, are we prepared to invest in a model to test the ideas that we have? We have enough information to react now. We do not have all the answers, but we will never have all the answers. We will continue to do research on improving services and access to home care, but why not invest in a national network of model communities where we are testing an idea?

It would be similar to environmental projects, if you will. We should not wait for the votes and the government to change the way we think — obviously, governments have to invest in something that is related to health care; it is a provincial mandate. We have the nuts and bolts of a model community, in Moncton perhaps, or Granby in Quebec. I do not have expertise on how to implement that sort of project, but I think we are at that stage. That is what I would propose.

Senator Keon: That is an extremely interesting concept. I have watched federal governments over the years, and they get very nervous about upsetting the provinces. Therefore, they say that health is the domain of the provinces. On the other hand, the provinces are facing bankruptcy through their health care systems, with some of them having close to half their budget consumed by the health care delivery systems. They do not have any flex. Nothing will happen there because they do not have the money. The federal government has the money.

vieillesse à Sherbrooke et à Montréal. Ces études, comme l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement, ELCV, qui se fait pratiquement sur le terrain maintenant, fourniront des données factuelles qui permettront également de sensibiliser la population plus âgée au fait que nous nous intéressons à elle.

J'ai pu le constater auprès de la cohorte que nous avons suivie pendant quatre ans. Ces personnes s'intéressent beaucoup à connaître les possibilités qui existent pour elles en matière de services de santé et de services sociaux. Ce transfert de connaissances qui est créé grâce aux études sur la santé des populations peut contribuer à mobiliser les gens pour qu'ils demandent de meilleurs services et de meilleurs soins.

Dr Cunnane : Je pense que vous avez posé le défi du siècle, dans un certain sens, docteur Keon. Mon point de vue correspond à ceux de la Dre Payette et du Dr Hébert.

Nous devons travailler de façon parallèle; nous devons faire plus de recherche. C'est comme la recherche sur le diabète ou le cancer ou toute autre importante maladie dégénérative, en ce sens que nous pouvons dire qu'il y a toujours de nouveaux renseignements dont nous avons besoin avant d'agir, mais qu'il existe certaines mesures que nous pouvons prendre dès maintenant.

Selon moi, la recherche qui pourrait porter sur les conditions qui permettent de vieillir en santé pourrait se faire dans des collectivités modèles où nous pourrions mettre sur pied un projet pilote sur une base communautaire. Nous aurions probablement besoin d'une population de 50 000 ou de 100 000 personnes pour le faire. Cependant, sommes-nous prêts à investir dans un modèle pour mettre à l'épreuve les idées que nous avons? Nous avons suffisamment d'information pour réagir maintenant. Nous n'avons pas toutes les réponses, mais nous n'aurons jamais toutes les réponses. Nous continuerons à faire de la recherche pour améliorer les services et l'accès aux soins à domicile, mais pourquoi ne pas investir dans un réseau national de collectivités modèles où nous mettons à l'essai une idée?

Cela ressemblerait aux projets environnementaux, si vous voulez. Nous ne devrions pas attendre des élections et que le gouvernement change notre mentalité — de toute évidence, les gouvernements doivent investir dans des mesures qui relèvent du domaine de la santé; c'est un mandat provincial. Nous avons les éléments fondamentaux d'une communauté modèle, à Moncton peut-être, ou à Granby, au Québec. Je ne possède pas les compétences me permettant de déterminer la façon de mettre en œuvre ce genre de projet, mais je pense que nous sommes arrivés à ce stade. C'est ce que je proposerais.

Le sénateur Keon : C'est une notion extrêmement intéressante. J'ai observé les gouvernements qui se sont succédé au fil des ans au niveau fédéral, et ils craignent de contrarier les provinces. Par conséquent, ils disent que la santé relève de la compétence des provinces. Or, les provinces sont acculées à la faillite à cause de leurs systèmes de soins de santé, et certaines doivent consacrer près de la moitié de leur budget au système de soins de santé. Elles n'ont aucune marge de manœuvre. Il ne se produira rien à ce niveau-là parce qu'elles n'ont pas d'argent. C'est le gouvernement fédéral qui a l'argent.

The role of the federal government is the welfare of all Canadians in my opinion. Their responsibility is to provide the financing, the incentives and the organization for change. For example, we will never get out of this conundrum we are in now with all the money going to hospitals and medical professions instead of the broad brush and instead of community medical social service facilities that we need for healthy aging, such as home care and social work.

How can we, in our Senate committees, impress upon the federal government the need to step up to the plate and exercise their responsibility, their leadership in change in health in Canada? How can we encourage them to provide the funding that will allow for change, for healthy seniors living in their homes, et cetera, which implies a tremendous change in the infrastructure, as you all said?

Dr. Cunneane: I do not have a crystal ball, but I would like to make reference to one specific example of how change happened in a minority government, a change affecting the health of Canadians in a minority government situation about four or five years ago.

Paul Martin was the Prime Minister for a period of time, and the issue of trans fatty acids was very much on the radar of Canadians. If I recall correctly, the scenario was that an NDP member of Parliament from Manitoba, whose name escapes me, at some point used this as a leverage tool, I suppose, and the rules were changed about the content of trans fatty acids in the Canadian diet.

The science did not change overnight when that process got going. What changed? It was the opportunity to work and to negotiate within the parliamentary system that we have, and particularly in the context of a minority government.

We happen to be in that situation today, and maybe the cards are aligned differently. However, perhaps minority government situations are an opportunity to try to put pressure on a multi-party approach, which would not occur in a strong majority government situation where perhaps one would ignore some of those pressures from all sides.

People in our position have an obligation to lobby the government directly on Parliament Hill, the way we did for the brain drain of scientists over the years and the Canada Research Chairs Program, amongst others. It was a response to lobbying by scientists and professors, and that is what we have to do. That is part of our obligation.

Le rôle du gouvernement fédéral est d'assurer le bien-être de l'ensemble des Canadiens, à mon avis. Sa responsabilité est d'assurer le financement, les incitatifs et l'organisation qui favoriseront le changement. Par exemple, nous n'arriverons jamais à sortir de la situation dans laquelle nous nous trouvons à l'heure actuelle et où l'ensemble des fonds est destiné aux hôpitaux et aux professions médicales plutôt qu'à la population générale et à des établissements communautaires de services médicaux et sociaux dont nous avons besoin pour vieillir en santé, comme les soins à domicile et le travail social.

Comment nos comités sénatoriaux peuvent-ils inciter le gouvernement fédéral à faire sa part et à exercer ses responsabilités, à faire preuve de leadership pour apporter les changements qui s'imposent dans le domaine de la santé au Canada? Comment pouvons-nous encourager le gouvernement fédéral à offrir le financement qui permettra le changement, qui permettra à des aînés en santé de vivre chez eux, et cetera, ce qui suppose un énorme changement à apporter à l'infrastructure, comme vous l'avez tous dit?

Dr Cunneane : Je n'ai pas de boule de cristal, mais j'aimerais faire allusion à un exemple particulier sur la façon dont le changement s'est produit en situation de gouvernement minoritaire, un changement qui a influé sur la santé des Canadiens dans une situation de gouvernement minoritaire il y a quatre ou cinq ans.

Paul Martin a été premier ministre pendant un certain temps, et la question des gras trans préoccupait beaucoup les Canadiens. Si je me souviens bien, un député néo-démocrate du Manitoba, dont le nom m'échappe, a utilisé à un certain point cet enjeu comme moyen de pression, je suppose, et les règles ont été modifiées à propos de la teneur en gras trans dans l'alimentation canadienne.

Les renseignements scientifiques n'ont pas changé du jour au lendemain au moment où ce processus a été entamé. Qu'est-ce qui a changé? Cela a été l'occasion de travailler et de négocier au sein du système parlementaire que nous avons, et particulièrement dans le contexte d'un gouvernement minoritaire.

Nous nous trouvons dans cette situation aujourd'hui, et les cartes sont peut-être alignées différemment. Quoi qu'il en soit, les situations de gouvernement minoritaire sont peut-être l'occasion d'essayer d'exercer des pressions afin d'adopter une approche multipartite, ce qui serait impossible dans une situation de gouvernement majoritaire fort où on pourrait peut-être ne pas tenir compte de certaines des pressions provenant de tous les côtés.

Les gens qui se trouvent dans notre situation ont l'obligation d'exercer des pressions sur le gouvernement directement sur la Colline du Parlement, comme nous l'avons fait dans le cas de l'exode des cerveaux au fil des ans, ce qui a donné lieu au Programme de chaires de recherche du Canada, entre autres. Ce programme a été le résultat des pressions exercées par les scientifiques et les professeurs, et c'est ce que nous devons faire. Cela fait partie de nos obligations.

Dr. Hébert: I am very disappointed these days, especially with the Government of Quebec, who has complained for a decade now about the fiscal imbalance and the expense being in the province and the revenues in the federal government. Over the last two years, the federal government decreased the goods and services tax, GST, by two percentage points, and the province did not take this opportunity to invest this fiscal revenue to improve the services for the population.

It is a scandal because it means \$2.5 billion for this province. With \$2.5 billion, you can substantially improve home care and health care services. However, they did not take this opportunity to correct the fiscal imbalance. Another example is the health transfer that some provinces use to decrease the tax instead of investing in health. That is a big issue.

I do not know, it may be a strange idea, but maybe we can label some of the health transfer to focus especially on home care in order to oblige the province to invest in what Canadians need in home care. It may be a strange idea, but I am sure your analysts could look at such an idea to see how it could be proposed in your document.

The Chair: It was very interesting that, prior to the signing of the 2004 Health Accord, all provinces, including the Quebec government, agreed to a national pharmacare program. In that case, it was the federal government that chose not to make the decision to have a national pharmacare program.

My own sense is that perhaps provinces do not want absolute control in the hands of the federal government, and that is fair; it is their field of constitutional implementation. Having said that, there are ways for the federal government to direct dollars from the federal coffers to provincial coffers for specific programming, home care being one of them.

[Translation]

Senator Chaput: I would first like to say that I greatly appreciated your presentations. I am a Franco-Manitoban, and we francophones have always looked to Quebec to see what Quebecers were doing because, for us, you have always been on the cutting edge.

I know that the Collège universitaire in Saint-Boniface has a distance education program with Quebec in the health care sector.

If the focus in Canada were on health and the competencies of older people, based on that we could consider people's homes as the heart of the matter. If that were the case, if I understood correctly, we would have to clarify the Canada Health Act, which focuses on healing after a hospital stay.

Dr Hébert : Je suis très déçu ces jours-ci, particulièrement en ce qui concerne le gouvernement du Québec, qui se plaint depuis 10 ans maintenant du déséquilibre fiscal et du fait que c'est la province qui paye les dépenses et que c'est le gouvernement fédéral qui touche les recettes. Au cours des deux dernières années, le gouvernement fédéral a diminué la taxe sur les produits et services, la TPS, de 2 points de pourcentage, et la province n'a pas profité de l'occasion pour investir ces recettes fiscales afin d'améliorer les services destinés à la population.

C'est scandaleux, parce que cela représente 2,5 milliards de dollars pour la province. Avec 2,5 milliards de dollars, on peut considérablement améliorer les soins à domicile et les soins de santé. Cependant, ils n'ont pas saisi l'occasion de redresser le déséquilibre fiscal. Un autre exemple, c'est le transfert relatif à la santé que certaines provinces utilisent pour diminuer les impôts au lieu d'investir dans la santé. C'est un grave problème.

Je ne sais pas, l'idée peut paraître étrange, mais peut-être que nous pourrions réserver une part du transfert en matière de santé aux soins à domicile, afin d'obliger la province à investir dans les soins à domicile dont les Canadiens ont besoin. L'idée est peut-être étrange, mais je suis sûr que vos analystes pourraient se pencher là-dessus pour voir ce que vous pourriez proposer dans votre document.

La présidente : J'ai trouvé très intéressant que, avant que l'Accord sur la santé ne soit signé en 2004, toutes les provinces, y compris le Québec, avaient donné leur accord à un programme national d'assurance-médicaments. Dans ce cas-là, c'est le gouvernement fédéral qui a décidé de ne pas instituer de programme national d'assurance-médicaments.

J'ai l'impression que les provinces ne veulent peut-être pas que tout le pouvoir repose entre les mains du gouvernement fédéral, et cela se comprend; après tout, c'est quelque chose dont la mise en œuvre relève de leurs compétences selon la Constitution. Cela dit, le gouvernement fédéral pourrait trouver des moyens d'acheminer des fonds fédéraux aux provinces pour des programmes en particulier, y compris les soins à domicile.

[Français]

Le sénateur Chaput : J'aimerais d'abord dire à quel point j'ai aimé vos présentations. Je suis une francophone du Manitoba et nous nous sommes toujours tournés, comme francophones, vers le Québec pour regarder ce que vous faisiez parce qu'à nos yeux, vous êtes avant-gardistes.

Je sais que le Collège universitaire de Saint-Boniface a un programme de formation à distance avec le Québec dans le domaine de la santé.

Si l'accent était mis sur la santé au Canada et sur la capacité de la personne vieillissante, en partant avec cette prémisse de base, nous pourrions considérer le domicile de la personne comme étant le noyau. Si c'était le cas, si j'ai bien compris, il faudrait clarifier le statut de la Loi sur la santé au Canada qui, je pense, met plutôt l'accent sur la guérison après un séjour à l'hôpital.

If that were the case, and we clarified the act, we could make home care a priority. If that were a recommendation, do you think the federal government should play a very active role in home care? What changes would we have to make and what would be the role of the federal government?

Dr. Hébert: I believe that the federal government would first have to include home care in the Canada Health Act. That would be a great stride forward. That would send a message to the provinces and territories that home care would have to be part of any health service coverage.

I do not believe it is the federal government's role to organize care, to provide care, to be instrumental in organizing services, rather it is the role of the provinces. However, tax transfers to the provinces should, in my opinion, identify home care as a specific funding area.

I believe all provinces are ready to do this. You could give the provinces an instrument, a tool to say: "We cannot invest in this hospital, we have money to invest in home care." So, you would be giving the provinces a tool to justify what they do and counter the hold or control of hospitals. I think that may be an avenue to explore.

Senator Chaput: Would you conceive of a national standard?

Dr. Hébert: No, not a national standard. I am of the view that provinces should organize their own services. There can be national objectives or policy directions such as a focus on home care, and long-term care, but I do not believe there should be national standards. There are 13 different health care systems within Canada and I think that is an asset. While meeting national goals and the values inherent in a national direction, you should allow the provinces to adjust the distribution of services based on the way they organize their services.

Senator Chaput: I have a question for Ms. Payette. When it comes to home care, what would you think of having a nutritionist as a component, someone who is an expert, perhaps a mobile team, I do not know, someone who could teach families, schools, over the course of people's lives? Could that be incorporated within home care?

Dr. Payette: I think it is essential for that component to be included in home care. And that is what I was raising, how rarely we see nutrition professionals within the community, within community organizations. Even within our current CLSC system, nutritionist positions are very, very rare. These people are mainly assigned to work with small babies, children, pregnant women and if they have a few extra hours a week to spare, a bit with seniors.

So, I think we have to look into how important these services are and have regular follow-up, that nutrition be one part of the overall assessment of a person and his or her needs; there needs to be a very rigorous system in place to organize all of these services, including food services within a home care program.

Si c'était le cas, en clarifiant le statut de la loi, on pourrait apporter les soins à domicile comme étant une priorité. Si c'était une recommandation, est-ce que vous verriez le fédéral prendre un rôle très actif en termes des soins à domicile? Quels changements aurions-nous besoin de faire et quel serait le rôle du fédéral?

Dr Hébert : Je crois que le rôle du fédéral d'abord serait d'inclure dans la législation sur la santé du Canada les soins à domicile. Ce serait déjà un très grand pas. On enverrait le message à toutes les provinces et territoires que les soins à domicile doivent faire partie de la couverture de services.

Je ne crois pas que ce soit le rôle du fédéral d'organiser les soins, de donner les soins, d'être instrumental dans l'organisation des services, mais le rôle des provinces. Par contre, les transferts fiscaux vers les provinces, à mon avis, devraient identifier les soins à domicile comme un champ spécifique de financement.

Je pense que toutes les provinces sont prêtes à le faire. Vous donneriez ainsi à nos provinces une arme, un outil pour dire : « je ne peux pas investir dans l'hôpital, j'ai de l'argent pour investir à domicile ». Donc, vous donnez un outil aux provinces pour se justifier par rapport à la main mise ou à l'empire hospitalier. Je pense que c'est peut-être une voie à explorer.

Le sénateur Chaput : Est-ce que vous verriez une norme nationale?

Dr Hébert : Non, pas une norme nationale. Je suis un de ceux qui pensent qu'on doit laisser aux provinces le soin d'organiser les services. Il peut y avoir des objectifs ou des orientations stratégiques nationales comme les soins à domicile, comme les soins à long terme, mais je ne crois pas qu'il doit y avoir de norme nationale. Il y a 13 systèmes de santé différents au Canada et je pense que c'est une richesse. Tout en satisfaisant les objectifs nationaux et les valeurs des orientations nationales, on va laisser les provinces ajuster la répartition des services par rapport à leur organisation de services.

Le sénateur Chaput : J'aurais une question pour Mme Payette. En termes des soins à domicile, est-ce que vous pourriez y voir une composante d'une diététiste, une personne qui s'y connaît, une équipe volante, je ne sais pas, une composante qui apprendrait justement aux familles, aux écoles tout au long de la vie? Est-ce que cela pourrait être intégré dans ces soins?

Dre Payette : Je pense que c'est essentiel que ce soit intégré dans ce programme de soins de service à domicile. Et c'est ce que j'évoquais, la rareté des postes de professionnels en nutrition dans la communauté, dans les organisations communautaires. Même dans notre système actuel de CLSC, les postes de nutritionnistes sont très, très rares. Ces personnes sont prioritairement affectées aux petits bébés, aux enfants, aux femmes enceintes et si elles ont quelques heures par semaine, un peu aux personnes âgées.

Alors, je pense qu'il faut vraiment revoir l'importance de ces services et avoir un suivi régulier, que l'alimentation soit un des aspects de l'évaluation globale de la personne et de ses besoins; qu'il y ait un système très rigoureux de mis en place d'organisation de tous les services, incluant les services alimentaires dans un programme de soins à domicile.

On several occasions, I had the opportunity to note that access to food and the difficulty in preparing it were often reasons mentioned as to why people decided to change their lifestyle and move into a home. As far as I am concerned, it is absolutely shameful for this service, which is really quite simple, not to be offered when we have so many other services. We have meal delivery services. There could be meal preparation support services to help these people stay in their homes. I think this aspect is essential within a home care program.

You know, we do not really realize it when we have no disabilities and it is not really a problem for us, but we eat three times a day. We enjoy eating and having healthy food. We eat three times a day and go grocery shopping at least once a week.

All of these food-related activities can become a serious problem for people in a weakened state, when they have difficulty getting around in the wintertime when the sidewalks are too icy. This is an area of serious concern and rapidly becomes a problem for people in weakened states.

So, I see this as essential.

[English]

The Chair: As a quick addition to that, in your remarks, you made comments about guidelines. Do you think that Canada's Food Guide has to change in order to make special reference to people over the age of 65, or whatever?

Dr. Payette: I am glad you ask that question. I had it in my speech, but I thought I would not have time to talk about it.

Yes, of course. Actually, there are no real recommendations or guidelines specific to the aging person in the *Canada Food Guide*. As I said before, areas exist where the recommendations should be adjusted, or where a nuance should be added, and, in some cases, the recommendations should be completely changed.

For example, I was speaking about the optimal weight. Over the last ten years, we have observed, we are not sure why but it is a fact, that all the people who are in the overweight range of the body weight index criteria live longer or are in better health, and they cope better than the others. This always pleases people when I say that.

The strong message about obesity that we hear nowadays is correct; there is a problem with obesity. As people age, they are very receptive to public health messages. Very often people will restrict their diet to respond to this message because the recommendation says that this way they will avoid all these diseases. However, we have to be very prudent in the public health messages, and we definitely need to revise the food guidelines and adapt them to the aging person.

J'ai eu à plusieurs reprises l'occasion de constater que l'accès à l'alimentation et la difficulté de préparer étaient souvent les raisons pour lesquelles les personnes changeaient de milieu de vie et décidaient d'aller en résidence. Pour moi, c'est absolument honteux que ce service qui est tout simple ne puisse pas être offert alors qu'on a plusieurs autres services. On a des services de livraison de repas. Il pourrait y avoir des services d'aide à la préparation de repas qui puissent aider ces personnes à rester chez elle. Je pense que dans un programme de soins à domicile, c'est essentiel d'avoir cet aspect.

Vous savez, on ne se rend pas compte quand on n'a pas d'incapacité ou qu'on n'a pas de difficulté relativement à cela, mais on mange trois fois par jour. On aime bien manger et avoir des aliments sains. On mange trois fois par jour et il faut aller faire l'épicerie au moins une fois par semaine.

Toutes ces activités qui sont reliées à l'alimentation peuvent devenir très problématiques quand la personne commence à être fragile, quand l'hiver, les trottoirs sont trop glacés pour sortir. C'est vraiment un des domaines qui est le plus affecté et rapidement chez la personne qui se fragilise.

Donc, pour moi, oui, c'est essentiel.

[Traduction]

La présidente : Permettez-moi d'intervenir brièvement à ce sujet. Vous avez parlé dans vos remarques des lignes directrices. Pensez-vous qu'il faudrait modifier le *Guide alimentaire canadien* afin qu'il y soit expressément question des personnes de plus de 65 ans, ou de je ne sais trop quel âge?

Dre Payette : Je suis heureuse que vous posiez la question. Je voulais en parler dans mon exposé, mais j'ai pensé que je n'aurais pas le temps de le faire.

Oui, bien sûr. À l'heure actuelle, le *Guide alimentaire canadien* ne comprend pas vraiment de recommandations ou de lignes directrices visant expressément les personnes âgées. Comme je l'ai déjà indiqué, il y a des parties du guide où les recommandations pourraient être rajustées, il y en a d'autres où des nuances pourraient être ajoutées et, dans certains cas, les recommandations pourraient être changées du tout au tout.

Je songe, par exemple, au poids optimal. Depuis 10 ans, nous avons constaté — nous ne savons pas trop pourquoi, mais c'est un fait — que tous ceux qui sont en surpoids par rapport au critère de l'indice de masse corporelle vivent plus longtemps ou sont en meilleure santé, et ils se tirent mieux d'affaire que les autres. Les gens sont toujours heureux de m'entendre dire cela.

Les avertissements sérieux que nous entendons de nos jours au sujet de l'obésité sont fondés; il y a effectivement un problème d'obésité. Au fur et à mesure que les gens vieillissent, ils deviennent très sensibles aux messages sur la santé publique. Bien souvent, les gens vont limiter leur consommation d'aliments à la suite de ces avertissements, car on leur dit qu'ils pourront ainsi éviter toutes ces maladies. Il faut toutefois être très prudent quand il s'agit de transmettre des messages de santé publique, et nous devons certainement réviser les lignes directrices alimentaires et les adapter aux personnes vieillissantes.

The last version of the Canada's Food Guide has some specific recommendations for the elderly, but it is not enough. The reason is that we do not know enough right now; we need more research to be clearer about the message. To give the wrong message to people would be very dangerous for the quality of life and health as well.

Dr. Cunnane: I agree with Dr. Payette. I think there is also a balance, however. We tend to "overmedicalize" disease processes and forget a little bit about the public health aspect. We need to send a message about nutrition and prevention and to improve the *Canada Food Guide* to make it applicable to all age groups. We have also created a bureaucracy around nutrition. Now, we have to look at the label to be sure of what we are eating. In fact, the healthiest foods are the ones without any labels.

There is the message about improving the food guide, but there is also the message that we have, at least in Quebec — and maybe it is national — about the 5-30 business: five fruits and vegetables and 30 minutes of exercise every day. Let us simplify what we can simplify, do better research and improve the guidelines, but let us not make the message too complex because people do not get it; we do not actually need to make it more complex.

Senator Cools: I would like to thank the three of you for coming before us. In so doing, I would like to thank you for your work as doctors in this field, this necessary and emerging field.

I would also like to take the opportunity to thank Dr. Keon. Dr. Keon is a very special human being and has devoted a great part of his life to the practice of medicine in a very specialized way. Many people do not know that he is equally devoted to being a good senator and brings to the Senate his great knowledge of this medical system. I just wanted to thank you for that, Dr. Keon.

I wonder if you could articulate a little more about nutrition elements, such as more protein for the aging population. You said that food in these institutional settings is the highest area of profit — I had no idea. I wonder if you could elaborate very quickly on that.

In addition, one of you talked about the increasing incidence of Alzheimer's disease and type 2 diabetes in today's communities.

Dr. Payette: I will start with proteins. The recommended intake of protein for adults is .8 gram per kilogram of body weight. However, research has shown that when you are feeding this amount of protein to elderly people, they will slowly use their muscle protein to have a sufficient amount of protein to build tissue and so on.

La dernière version du *Guide alimentaire canadien* comprend des recommandations qui visent tout particulièrement les aînés, mais cela ne suffit pas. C'est que nos connaissances sont encore incomplètes; il faudrait plus de recherche pour pouvoir transmettre un message plus clair. Il peut également être très dangereux pour la qualité de vie et la santé des gens de leur transmettre un message erroné.

Dr Cunnane : Je suis d'accord avec Mme Payette, mais je crois qu'il faut aussi en arriver à un certain équilibre. Nous avons tendance à « surmédicaliser » le traitement des maladies et à oublier quelque peu le volet santé publique. Il nous faut transmettre un message au sujet de la nutrition et de la prévention, et il faut améliorer le *Guide alimentaire canadien* pour qu'il soit applicable à tous les groupes d'âge. Nous avons également bureaucratisé la nutrition. De nos jours, il faut regarder l'étiquette pour savoir exactement ce que nous mangeons. En fait, les aliments les plus sains sont ceux qui n'ont pas d'étiquettes.

Il y a le message en ce qui concerne les améliorations à apporter au guide alimentaire, mais il y a aussi le message que nous avons, du moins au Québec — et c'est peut-être vrai à l'échelle nationale — au sujet de la formule 5-30 : cinq portions de fruits et légumes et 30 minutes d'exercice par jour. Faisons en sorte de simplifier ce que nous pouvons simplifier et d'améliorer la recherche et les lignes directrices, mais ne rendons pas le message trop complexe parce que les gens ne le comprendront pas; en fait, il n'est pas nécessaire de le rendre plus complexe.

Le sénateur Cools : Je tiens à vous remercier tous les trois d'être venus témoigner devant nous. Ce faisant, je tiens aussi à vous remercier pour le travail que vous faites en tant que spécialistes dans ce domaine qui est nouveau et qui répond à un véritable besoin.

Je profite également de l'occasion pour remercier le Dr Keon. Le Dr Keon est un être humain bien spécial, qui a consacré une bonne partie de sa vie à la pratique de la médecine, dans un domaine très spécialisé. Bien des gens ne savent pas qu'il est tout aussi dévoué en tant que sénateur et qu'il apporte au Sénat la très grande connaissance qu'il a du régime des soins de santé. Je tenais simplement à vous remercier pour cela, docteur Keon.

Je me demande si vous pourriez nous en dire un petit peu plus au sujet des éléments liés à la nutrition, comme la nécessité d'accroître la consommation de protéines parmi la population vieillissante. Vous avez dit que l'alimentation est la composante la plus rentable des centres d'accueil — je n'en avais pas la moindre idée. Je me demande si vous pourriez, très rapidement, nous en dire un peu plus à ce sujet.

En outre, un de vous a parlé du nombre croissant de personnes qui souffrent d'Alzheimer et de diabète de type 2 de nos jours.

Dre Payette : Je vais commencer par les protéines. La dose de protéines recommandée pour les adultes est de 0,8 gramme par kilogramme de masse corporelle. La recherche nous montre toutefois que cette dose n'est pas suffisante pour les personnes âgées, qui se mettent graduellement à puiser dans leur protéine musculaire pour avoir la quantité de protéines nécessaire pour la formation des tissus et le reste.

Many people do not even eat .8 gram of protein per kilogram of weight per day. That is not adjusted yet in the guidelines, but I hope it will be in the next few years as research builds and convinces people of the need to increase the recommendation for protein.

We have to be aware that as a person reduces the total intake, the amount of food the person eats, if the person does not eat enough calories, the person will use protein as a fuel. Protein should be devoted to building tissue; it is not to fuel. It becomes worse when the diet, as it is with many people, is low in calories because the amount of protein they get from that diet is used as fuel. Protein is not very often raised as a problem in our population because we have all the food needed to have enough protein, but it becomes a problem in the older groups.

As for the food in the residences, research that shows that the quality and the quantity of the food are not adequate. First, this is due to a belief that older people should not eat much; and, second, food is quite expensive, so the private residences that have to make a profit will use this budget item to decrease their costs.

It happens more often than we would like to see.

Dr. Cunnane: You asked about Alzheimer disease and type 2 diabetes. Is that in the context of an increase in diabetes?

Senator Cools: You are suggesting that the incidences are increasing. I wonder if you could tell us a bit more about that.

Dr. Cunnane: Alzheimer's disease is a complex disease, and I do not want to give you the impression that we have any instant solutions to it. The major non-genetic risk factor is adult-onset diabetes. It is something that did not exist in the Aboriginal North American population 50 years ago. Now, it is the biggest single problem in the Aboriginal population in Canada by far.

It is a lifestyle issue. We can have susceptibilities that are different genetically, and people from different origins do have different inborn risks. However, we are exposing those risks, and that is why it takes off in certain populations.

Type 2 diabetes is a style of life; it is a question of activity and food intake — being overweight and the level of physical activity. My personal perspective is that the physical activity is the part that could change the risk of diabetes more than changing what

Nombreux sont ceux qui ne mangent même pas 0,8 gramme de protéine par kilogramme de poids par jour. Les lignes directrices n'ont même pas encore été rajustées en ce sens, mais j'espère qu'elles le seront d'ici quelques années, au fur et à mesure que les recherches se multiplieront et que nous comprendrons qu'il faut augmenter la dose recommandée de protéine.

Nous devons être conscients du fait que, au fur et à mesure qu'une personne réduit sa prise alimentaire, la quantité d'aliments qu'elle ingère, il se peut qu'elle ne consomme pas assez de calories et qu'elle doive utiliser les protéines comme source d'énergie. Or, les protéines devraient servir, non pas à donner de l'énergie, mais à la formation des tissus. Le problème est encore plus grave quand la personne ne consomme pas assez de calories, comme c'est bien souvent le cas, car les protéines qu'elles consomment sont utilisées comme source d'énergie. Il n'arrive pas souvent qu'on parle des protéines comme étant un problème pour notre population, parce que nous avons tous les aliments dont nous avons besoin pour avoir assez de protéines, mais c'est un problème pour les personnes plus âgées.

Pour ce qui est de l'alimentation offerte aux personnes vivant dans des résidences, les recherches montrent que la qualité et la quantité de ces aliments sont insuffisantes. Premièrement, cela s'explique par le fait qu'on s'imagine que les personnes âgées ne mangent pas tellement; deuxièmement, les aliments coûtent très cher, si bien que les résidences privées qui doivent réaliser un bénéfice se servent de ce poste budgétaire pour abaisser leurs coûts.

C'est quelque chose qui se produit plus souvent qu'on ne le voudrait.

Dr Cunnane : Vous avez posé une question au sujet de l'Alzheimer et du diabète de type 2. En parlez-vous dans le contexte d'un accroissement du nombre de cas de diabète?

Le sénateur Cools : Vous nous avez dit que le nombre de cas était à la hausse, et je me demandais si vous pourriez nous en dire un petit peu plus à ce sujet.

Dr Cunnane : La maladie d'Alzheimer est une maladie complexe, et je ne veux pas vous donner l'impression que nous avons des solutions instantanées. Le principal facteur de risque non génétique est le diabète qui se déclenche à l'âge adulte. C'est là un phénomène qu'on ne constatait pas parmi les Autochtones de l'Amérique du Nord il y a 50 ans. De nos jours, c'est de loin le plus gros problème avec lequel la population autochtone du Canada est aux prises.

C'est une question de mode de vie. Nous avons des susceptibilités qui sont différentes sur le plan génétique; les gens de différentes origines ont des risques innés différents. Cependant, nous nous exposons ensuite à ces risques et c'est pourquoi les résultats se font sentir différemment dans certains groupes de la population.

Le diabète de type 2 est lié au mode de vie; c'est une question d'activité et d'alimentation — le fait d'avoir un excès de poids et de faire peu d'activités physiques. Je suis personnellement d'avis que l'activité physique est l'élément qui pourrait changer le risque

we eat. That is my perspective. Not everyone agrees with that, but we should definitely do something about physical activity for all sorts of reasons besides diabetes.

Therefore, if we have a problem with Alzheimer's disease and diabetes today, if we look ahead 20 or 30 years at the risk to our adolescents — and even our children now with obesity — we have a disaster on the horizon. It is a Titanic that needs its direction changed because the iceberg is not far away.

The Chair: An interesting study was done, as you know, in an Aboriginal community where they changed the diet of their people back to their earlier diet, which was filled with protein, oily fish and meat from the land, and all of a sudden, diabetes went down. It just adds to the debate.

Dr. Hébert: I want to raise one more quick point on palliative care. Palliative care is seen as care for people dying from cancer at a younger age. We should probably shift that to end-of-life care because older people usually die from cancer but also from dementia and cardiovascular disease. We should foster end-of-life care in the older population. I hope that the document will broaden the notion of palliative care in order to encourage older people to seek out those services when they are dying.

The Chair: Thank you, Dr. Hébert.

As you know, senators, palliative care is a pet cause of mine, but in addition, that is where I first met Dr. Hébert, and that is why we are in Sherbrooke today.

I want to thank Dr. Hébert, Dr. Payette and Dr. Cunnane for their wonderful presentations this morning. I know you will see your ideas reflected in our final report, which we hope to table on September 30 because October 1 is the International Day of Older Persons, and we thought that that would be an appropriate day for us to table this report in the Senate.

[*Translation*]

Honourable senators, we will now be moving to our second round table. It is a pleasure for us to welcome from the Association estrienne pour l'information et la formation aux aînées et aînés, Ms. Sylvie Morin and from Agence Continuum inc., Ms. Hélène Gravel.

Hélène Gravel, Chair, Agence Continuum inc.: Madam Chair, thank you very much for welcoming us here this morning. Agence Continuum is a private recruitment firm specializing in return to work for pre-retired and retired individuals.

de diabète, plus que de changer ce que l'on mange. C'est mon point de vue. Tout le monde n'est pas d'accord avec cela, mais nous devrions certainement faire quelque chose pour promouvoir l'activité physique, pour une foule de raisons, en plus du diabète.

Par conséquent, si on a aujourd'hui un problème avec la maladie d'Alzheimer et le diabète, si l'on se projette 20 ans ou 30 ans dans l'avenir, compte tenu du risque que courent nos adolescents, et même nos enfants qui souffrent aujourd'hui d'obésité, nous avons un problème à l'horizon. C'est un Titanic dont il faut absolument changer le cap, parce que l'iceberg n'est pas très loin.

La présidente : Comme vous le savez, une étude intéressante a été faite dans une collectivité autochtone où l'on a changé le régime alimentaire pour revenir au régime antérieur comportant beaucoup de protéines de poisson gras et de gibier, et tout à coup, le taux de diabète a diminué. Cela vient alimenter le débat.

Dr Hébert : Je veux soulever rapidement un point sur les soins palliatifs. Les soins palliatifs sont vus comme des soins dispensés aux gens relativement jeunes qui se meurent d'un cancer. Nous devrions probablement changer cette perspective pour se tourner plutôt vers les soins dispensés de la vie, parce que les personnes âgées meurent habituellement du cancer, mais aussi de démence et de maladies cardiovasculaires. Nous devrions favoriser les soins au terme de la vie parmi les vieillards. J'espère que le document élargira la notion de soins palliatifs afin d'encourager les personnes âgées à rechercher ces services dispensés aux mourants.

La présidente : Merci, docteur Hébert.

Comme vous le savez, chers collègues, les soins palliatifs sont une cause qui me tient à cœur, mais en outre, c'est dans le cadre de ce dossier que j'ai rencontré pour la première fois le Dr Hébert, et voilà pourquoi nous sommes à Sherbrooke aujourd'hui.

Je tiens à remercier le Dr Hébert, la Dre Payette et le Dr Cunnane de leurs excellents exposés de ce matin. Je sais que vos idées seront reflétées dans notre rapport final que nous espérons déposer le 30 septembre, parce que le 1^{er} octobre est le Jour international des personnes âgées et nous avons pensé que ce serait bien que nous puissions déposer notre rapport au Sénat ce jour-là.

[*Français*]

Honorables sénateurs, passons maintenant à notre deuxième table ronde. Nous avons le plaisir d'accueillir, de l'Association estrienne pour l'information et la formation aux aînées et aux aînés, Mme Sylvie Morin, et de l'Agence Continuum inc., Mme Hélène Gravel.

Hélène Gravel, présidente, Agence Continuum inc. : Madame la présidente, merci beaucoup de nous accueillir ici ce matin. L'Agence Continuum est une agence privée de recrutement, mais avec une spécialité de retour à l'emploi des personnes préretraitées et retraitées.

The agency was born out of an obvious need: on one hand, the aging population, and on the other a shortage of labour; we also knew full well that our corporations were going to need qualified competent labour and we believe that the pool of pre-retired and retired individuals met these criteria very well.

At the same time, I must admit we have been operating for two years and have met with a number of retired people who spent their lives working in a variety of areas of activity. There is one constant, after people have retired for a year or two, and I am referring to people between 52 and 70, which is that they did have big retirement dreams. They thought they would travel, do certain things they had never done. After two years these people generally realize they face some boredom and their self-esteem has dropped considerably.

You cannot forget that these are people whose identity, over the course of their lives, revolved around what they did and not necessarily who they were. So, there is a great deal of distress among some of our candidates, who say: "What am I going to do now for the rest of my life?"

As you know, life expectancy is increasing, by one year every four years, and this period of professional inactivity becomes an increasingly heavy burden to bear for them.

Increasingly, businesses are interested in rehiring people who are slightly older. They are incredible human resources, extremely competent, and tremendously reliable. If you were to compare them say to generation Y today, they are completely different. But make no mistake; it is much more difficult for us to find adequate employment for some people than it is for others.

What we have chosen to do is to think outside the box and innovate. We tried to assess needs and offer services which could be provided by these people. We offer two very simple services. First of all, we offer private chauffeur services. Clearly that would apply most often to male retirees that we also have women who may choose to combat boredom by helping people who need to get around, for instance, to go to see their doctors. So, we have retirees, drivers, and many retired police officers working for us. It is reassuring for our clients and very convenient for people who unfortunately do not have family members to take them to their appointments. Our driver services also cover getting to conventions and any type of business travel. We often drive professionals, like university professors, to the airport.

The other service is one we call nannies at home. We have a list of retired people, most of whom are women, who come and help out young families. We know that these families are exhausted, and we also want to increase the birthrate, so we wondered what we could do to give them a hand. Often the grandparents do not

La raison d'être de l'agence est née d'une constatation quand même assez évidente : d'une part évidemment, le vieillissement de la population, mais aussi la pénurie de main-d'œuvre, et aussi le fait qu'on savait pertinemment que nos entreprises allaient avoir besoin de main-d'œuvre qualifiée, compétente, et que le bassin des préretraités et retraités, selon moi, répondait très bien à ces critères.

En même temps, je vous avoue qu'on est en fonction depuis deux ans et cela nous a évidemment amenés à rencontrer plusieurs retraités qui ont œuvré toute leur vie dans plusieurs secteurs d'activités. Il y a un fil conducteur là-dedans qui est, d'une part, qu'après une prise de retraite d'un an ou deux, et là je vous parle de gens qui sont âgés entre 52 et 70 ans, on avait de grands rêves pour la retraite. On se disait qu'on allait pouvoir voyager, faire les activités qu'on n'a jamais fait. Au bout de deux ans, ces gens-là constatent qu'ils s'ennuient, et l'estime d'eux-mêmes a considérablement baissé.

Il ne faut pas oublier qu'on est face à des gens qui, toute leur vie, se sont identifiés à ce qu'ils faisaient et non pas nécessairement à ce qu'ils étaient. Donc, on fait face à énormément de détresse parmi certains de nos candidats qui se disent : « Qu'est-ce que je vais faire maintenant pour le reste de ma vie »?

Vous le savez, on vit de plus en plus vieux, on gagne une année maintenant tous les quatre ans, et cette période-là, d'inactivité professionnelle à leurs yeux, leur pèse de plus en plus.

De plus en plus, la société est intéressée à réengager des gens un peu plus âgés. Ce sont de formidables ressources humaines, des gens excessivement compétents, pour qui la fiabilité est exemplaire. Si on peut comparer, par exemple, à ce qu'on retrouve dans la génération « Y » actuellement, c'est complètement différent. Mais il ne faut pas se le cacher, il y a plusieurs personnes pour qui on a beaucoup plus de misère à trouver un emploi conséquent.

Ce qu'on a choisi de faire est de sortir un peu des sentiers battus et d'innover. On a essayé d'analyser les besoins de la population et d'offrir des services qui pourraient être comblés par ces gens-là. On offre deux services, qui sont très simples. D'abord, on offre le service de chauffeurs privés. Manifestement, ce sont des retraités plus souvent masculins, mais on a des femmes aussi, qui peuvent combler leur ennui en rendant service à des gens qui ont besoin de se déplacer, par exemple, pour aller voir le médecin. On a donc les personnes retraitées, chauffeurs, et on a beaucoup de policiers retraités qui travaillent pour nous. C'est donc rassurant pour notre clientèle et c'est fort pratique pour des gens qui malheureusement n'ont pas de famille qui peut les amener dans leur lieu de rendez-vous. Le service de chauffeur sert également pour des congrès et pour tout ce qui est voyage professionnel. On va reconduire beaucoup de professionnels, de professeurs d'université, par exemple, à l'aéroport.

L'autre service est ce qu'on appelle des nounous à domicile. On a une banque de retraités, plus souvent des femmes, qui viennent aider les jeunes familles. On sait que les jeunes familles sont essouffées, et on veut aussi augmenter le taux de natalité, alors on se dit, comment peut-on faire pour les aider? Souvent les grands-

live close by. I must say that at the moment we do not have enough caregivers to meet the demand, which is exponential. Every day, we hear about great success stories, when we manage to find the perfect match. These are often older women who, unfortunately, are living below the poverty line. In any case, in this region, this has become a real problem. So we help out with young families by providing them with a responsible individual for 20 to 40 hours a week. In addition, we pay these people \$10 an hour, and this helps them out tremendously.

I must tell you that the demand both for drivers and caregivers, which only accounts for a small part of what we do, is growing. I think that these services meet a real need that society is going to have to face up to. We will have to be more creative in trying to bring these two generations together — that is, young people, so as to encourage them to have more children, but also the older generation, by making them feel useful and enhancing their self-esteem.

We have other projects having to do with volunteerism. Last year, we introduced a program called Passing on the Passion. As you know, the school drop-out rate is about 34 per cent. We have a bank of retired professors from the University of Sherbrooke — and I must say that we did not make any money on this even though we are a private company — that come into high schools to encourage young people not to give up, and to pass on their passion for a particular subject.

Let me give you an example. I have a chemistry professor who goes and talks to a chemistry class and tells them that what gave him the guts to complete his education and to go a little further was this or that particular factor. So we are talking about life experience, not just academic concern. These people become models for the students. We try to spark the interest of these young people, because they really need some models.

So far, the success rate has been very good, and this mentorship program between volunteer professors and students is outstanding. The kids often are astounded that a university professor with a doctorate would take the trouble to sit down and talk with them as equals. That is something we hear quite often.

Once again, we are building the self-esteem of retired professors, who need to feel useful. But we are also building the self-esteem of these young people, which is something that is often forgotten.

The other project, the most recent one put forward by the agency, was not mentioned in the brief, because theoretically, it will be launched in September. This is a volunteer medical guidance clinic that uses the services of retired physicians. You know as well as I do that when we try to fill in some of the gaps, the problems with the health care network are everywhere. That is not true just in Quebec, but throughout Canada. Is there something that can be done to overcome the boredom experienced by some of our retired people and at the same time meet some of the other needs that exist in our society?

parents ne sont pas à proximité. Je vous avouerai qu'actuellement on est en pénurie de nounous, parce que la demande est exponentielle. Ce sont tellement de belles histoires que l'on voit au quotidien quand on réussit à faire le match parfait. Ce sont souvent des femmes âgées qui malheureusement, vous le savez, vivent sous le seuil de la pauvreté. En tout cas, ici dans la région, c'est réellement un problème. On vient aider des jeunes familles, avec l'apport d'une personne responsable, de 20 à 40 heures/semaine, et on vient aider une personne qui en a grandement besoin monétairement, avec un salaire de 10 \$ l'heure.

Je vous avouerai que les demandes tant pour les chauffeurs que pour les nounous, qui représentent une petite partie de ce que l'on fait, sont en croissance. Je pense que ces services répondent à un réel besoin et que la société va devoir y faire face. On devra être plus créatif pour essayer de marier ces deux générations, c'est-à-dire les besoins des jeunes pour les encourager à faire, notamment, plus d'enfants, mais aussi pour aider les gens plus âgés à se sentir utiles, et travailler sur l'estime d'eux-mêmes.

On a d'autres projets qui font référence au bénévolat. On a lancé, l'année dernière, un projet qui s'appelle Transfert de passion. Vous savez ici que le taux de décrochage scolaire est de l'ordre de 34 p. 100. On a une banque de professeurs retraités de l'Université de Sherbrooke, — et je vous avouerai qu'on ne fait pas d'argent avec cela même si on est une entreprise privée — qui vont faire des conférences dans les écoles secondaires pour dire aux jeunes de ne pas lâcher, et de transmettre une passion pour une matière.

À titre d'exemple, j'ai un professeur de chimie qui va parler à une classe de chimie et qui dit, « Moi, ce qui m'a donné les *guts* de terminer mes études et d'aller un peu plus loin c'est telle chose ». Alors, c'est une expérience de vie, ce n'est pas juste académique, au contraire ils deviennent des modèles. On essaie de la ranimer la petite flamme dans les yeux de ces jeunes-là, qui ont un grand besoin de modèles.

Le taux de succès jusqu'à présent est fort intéressant, et ce mentorat, entre des professeurs bénévoles et des jeunes, est exceptionnel. Il y a souvent des jeunes qui nous disent, « Wow! Un prof d'université avec son PhD prend la peine de s'asseoir avec moi et de me parler comme un égal ». Cela, on l'entend souvent.

Encore une fois, il y a l'estime de soi des professeurs retraités qui ont besoin de se sentir utiles qui entre en ligne de compte, mais aussi la hausse de l'estime de soi pour un jeune qui souvent est laissé pour compte.

L'autre projet, le dernier né de l'agence, je ne l'ai pas indiqué dans le mémoire parce qu'en principe, il va être lancé en septembre, c'est une clinique d'orientation médicale bénévole composée de médecins retraités. Quand on essaie de combler des lacunes, vous le savez comme moi, les problématiques du réseau de la santé sont généralisées, ce n'est pas juste au Québec, c'est partout au Canada. Est-ce qu'il y a quelque chose qu'on peut faire qui viendrait combler, justement, encore une fois l'ennui de certains de nos retraités et les besoins de la société?

This is a medical clinic staffed by volunteer retired physicians. You should see what great resources we have and how generous people can be: these doctors are working voluntarily between 8 and 20 hours a week.

What are their reasons for doing this? First of all, they do not need money. That is the first point. They want to be part of a group, they miss their colleagues. These are people who worked very hard all their lives and they need to continue giving. The reason they went into medicine in the first place was to look after people, to have them get well. What they have been telling us is that they had so little time to sit down and talk to their patients in the last years, and now, if they feel like spending an hour with a patient, they can do so.

So we are trying to meet needs and at the same time take advantage of all this outstanding expertise and generosity of people in pre-retirement or retirement.

Sylvie Morin, Coordinator, Association estrienne pour l'information et la formation aux aînées et aînés: Good morning, Madam Chair. I am the coordinator of the Association estrienne pour l'information et la formation pour contrer les abus faits aux aînés (AEIFA). This is a community group that has been in place for the last 15 years here in the Eastern Townships. We are also a regional body, and we cover a huge area made up of 88 municipalities counting Sherbrooke and its seven MRCs (regional municipalities). We serve some 300,000 people.

In the last five years, we have carried out over one thousand interventions. Each of these interventions involves the interaction of four to five people. Where seniors are involved, the AEIFA has met with between 4,000 and 5,000 individuals in the last few years.

We are also on various round table groups and we provide training in schools.

We know there is hope. We try to raise the awareness of seniors and inform them to fight abuse, and we see that progress has been made. When seniors are better informed, they talk more about their situation.

The AEIFA meets with seniors to make them more aware of the problem. There are different types of meetings: we go to day centres for seniors, to their living rooms, and to retirement residences and seniors' clubs. In addition, we work directly with seniors at our office or in their homes.

According to our calculations, we have met with approximately 30,000 seniors in recent years.

We have also trained a number of volunteers so as to increase our efforts to fight abuse.

Since the beginning of 2008, we have been getting two or three calls on average a week from individuals who are looking for some help with problems having to do with abuse.

C'est une clinique médicale composée de médecins retraités bénévoles. Vous devriez voir jusqu'à quel point on a de belles ressources et des gens qui sont généreux, des médecins qui travaillent bénévolement de 8 à 20 heures par semaine.

Les raisons pour lesquelles ils le font? D'une part, ils n'ont pas besoin d'argent, c'est la première chose. Ils veulent se retrouver en groupe, ils s'ennuient de leurs collègues. Ce sont des gens qui ont travaillé comme des fous toute leur vie et ils ont besoin de donner. La raison même de leurs études était au départ de soigner, de guérir. Ce qu'ils nous disent dans les dernières années est : « On n'a tellement pas eu le temps de s'asseoir avec notre patient et maintenant si on a le goût de passer une heure, pouvez-vous s'il vous plaît nous laisser passer une heure avec eux? »

C'est d'essayer de combler des besoins et de profiter de cette manne exceptionnelle d'expertise, de bonté et de générosité qui s'appelle les personnes retraitées et préretraitées.

Sylvie Morin, coordonnatrice, Association estrienne pour l'information et la formation aux aînées et aînés : Madame la présidente, bonjour. Je suis coordonnatrice pour l'Association estrienne pour l'information et la formation pour contrer les abus faits aux aînés (AEIFA). C'est un organisme communautaire qui existe depuis 15 ans ici dans la région de l'Estrie. On est aussi un organisme régional, et nous couvrons un vaste territoire comprenant 88 municipalités avec Sherbrooke et ses sept MRC, ce qui nous donne un bassin de 300 000 habitants.

Dans les cinq dernières années, nous avons accompli plus d'un millier d'interventions. Quand on pense que dans chacune des interventions, il va y avoir en interaction quatre à cinq personnes. Dans un processus d'intervention avec les aînés, on va parler entre 4 000 et 5 000 personnes qui ont été rencontrées par l'AEIFA au cours des dernières années.

De plus, on siège à plusieurs tables de concertation et on donne de la formation dans les écoles.

Nous, on sait qu'il y a de l'espoir. Dans notre effort de sensibiliser et d'informer les aînés pour contrer la maltraitance, nous sommes à même de constater une évolution. Mieux informés, les aînés parlent davantage de leur situation.

L'AEIFA rencontre les aînés afin de les sensibiliser, et on le fait par le biais de différentes rencontres. On va dans les centres de jour, dans les salons des aînés, dans les résidences pour personnes aînées et les clubs d'âge d'or, et ce, en plus des interventions directes qui ont lieu au bureau ou chez les personnes.

D'ailleurs, à ce compte-là, on calcule qu'on a rencontré en moyenne environ 30 000 aînés pour les sensibiliser au cours des dernières années.

Enfin, on a aussi formé plusieurs bénévoles comme agents multiplicateurs pour contrer la maltraitance.

Si on se situe depuis le début de l'année 2008, on a en moyenne par semaine deux à trois appels de personnes nous sollicitant de l'aide pour des problèmes relatifs à la maltraitance.

Most often, the family is involved. In other words, the son, the grandson, the daughter, the spouse, the brother or the sister. And the root of the problem very often has to do with money.

In addition, the AEIFA is involved with the schools to provide training about abuse. For example, we talk to seniors a great deal, but there are also the attendants, for example, the front-line workers in the day centres and in hospitals.

We consider this very important, because a study has shown that on average 15 to 18 per cent of future graduates were victims of abuse or violence themselves, and may also have various problems themselves. We often see people in high school equivalency programs. These are adult education programs for people who want to go back to school. If they pass the equivalency test, they do not have to go through Grades 7, 8 and 9.

Our organization has a different way of working with seniors. Why? Because it is important that seniors trust the people they are dealing with, and they need to feel that the information they will disclose will be taken seriously. It is essential that a senior is made to feel comfortable when the senior is on the point of disclosing something. Elderly people do not want to have the feeling they are wasting our time. They are always afraid that they are bothering us.

So it is very important to give them the time they need and not to hurry them along, and to respect the kind of help and support the elderly person is looking for. They are extremely afraid of the police and of legislation. We have to visit them regularly so they can begin to feel comfortable and ultimately contact an organization or a person on regular basis.

It is also important to point out that not saying anything strengthens the position of the abuser. Every time I speak to seniors in their residences, it is something I always strongly emphasize.

We have determined that it takes an average of between 10 and 15 hours to help and prepare seniors who need help. It makes a huge difference if elderly persons have the feeling they have outside support and can take control of their lives again.

As you can see, for the AEIFA, elder abuse is our greatest concern. When we read the report, we felt it did not address elder abuse enough, and so was not as good as it could have been.

In our opinion, the Canadian government, in its role as an umbrella organization, could develop better regulations, legislation, programs and policies focused on prevention, awareness, detection and, in particular, intervention, to root out elder abuse.

Le type d'intervention le plus fréquemment rencontré est souvent le type familial, c'est-à-dire que cela va toucher beaucoup le fils, petit-fils, fille, conjoint, frère, sœur, et le cœur des problématiques que nous allons souvent retrouver est au niveau de l'argent.

Aussi, l'AEIFA s'implique auprès des écoles afin de donner de la formation, toujours en lien avec la maltraitance. À titre d'exemple, on parle beaucoup à des aînés, mais il y a aussi une base, à titre d'exemple, les préposés aux bénéficiaires sont les gens de première ligne qui se retrouvent aux centres de jour, au niveau des hôpitaux.

Pour nous, c'est très important, car il a été démontré dans une étude, qu'en moyenne, entre 15 et 18 p. 100 des futurs diplômés ont subi eux-mêmes de la maltraitance ou de la violence et peuvent être aussi porteurs de différentes problématiques. La porte d'entrée, aussi, via ces formations-là est souvent par le biais d'un « Tens ». Un « Tens », c'est au niveau de la formation des adultes, quelqu'un qui veut retourner à l'école, passer un examen et s'il est réussi, les gens n'ont pas à traverser le Secondaire I, II, III.

Pour l'AEIFA, l'intervention avec la clientèle des aînés est différente. Pourquoi est-ce différent? Parce que c'est important la mise en confiance, et que les aînés se sentent accueillis dans leur dénonciation. Le savoir-être est primordial lors d'une intervention avec une personne aînée. La personne aînée ne veut pas prendre de notre temps. Ils ont toujours peur de déranger.

C'est donc très important de laisser la place et de ne pas bousculer dans le temps, et de respecter ce que la personne désire comme aide et comme soutien. Ils ont très peur de la police et des lois. Il faut aller voir les aînés régulièrement afin qu'ils puissent se sentir à l'aise et entrer en contact avec un organisme ou une personne de façon récurrente.

Il est important de leur souligner aussi que le silence donne de l'emprise à l'abuseur. Chaque fois que je vais en rencontre dans les centres, j'insiste énormément là-dessus.

Enfin, nous constatons qu'une moyenne de 10 à 15 heures est généralement nécessaire afin d'aider et de bien outiller les personnes qui demandent de l'aide. Le sentiment d'être soutenu et de pouvoir reprendre un certain contrôle de leur situation a un effet extrêmement positif sur eux.

Comme vous pouvez le constater, pour l'AEIFA, la maltraitance est au cœur de nos préoccupations. Pour nous, à la lecture du rapport, on dénote une certaine faiblesse, car on avait l'impression qu'il n'y avait pas beaucoup d'information ou d'importance donnée à la maltraitance.

Selon l'AEIFA, le gouvernement canadien par son rôle d'encadrement pourrait mettre davantage de l'avant des règlements, des lois, des programmes, des politiques, pour faciliter la prévention, la sensibilisation, la détection et enfin, surtout, l'intervention, toujours pour contrer la maltraitance.

The New Horizons Program is, in our view, a good way of helping organizations which work with seniors, but the ideal would be to create an ongoing program which would support recognized organizations working in this sector to continue their fight against elder abuse and maintain the expertise they have acquired over the years.

This would allow organizations to save a lot of the time they would otherwise put into funding applications and help allay financial concerns with regard to the availability of funding for the next year.

[English]

The Chair: Ms. Gravel, I would like to know a bit more about this medical orientation clinic. I saw something about it on national television. I wondered if it was the same program because, I must admit, I did not pick up on the location. These are doctors who are neither giving prescriptions nor doing surgeries; all they are doing is essentially sitting down with patients to talk to them about their problems and who they should see or when they should see someone. Is that how this program works?

[Translation]

Ms. Gravel: We have been told that the biggest problem is referring each patient to the appropriate service in the interest of saving time, because sending them to the hospital emergency rooms is not always the best solution, but that is what usually happens.

In this case, I must admit that the project is constantly changing. What we decided to do, along with the Collège des médecins du Québec, is to only pay the premium for retired physicians, which authorizes them to write prescriptions. For example, if you need to see your doctor quickly, but can't, you can always get a prescription for a retired physician.

So what we are basically talking about is a referral service. The physician will make a diagnosis, that is an obligation, but the physician has been doing this for 30 or 40 years. However, minor surgery will not be carried out at the clinic. The first thing that will be done is to assess how serious a patient's case is.

So if you need to see a specialist, the advantage of using these physicians is that they are connected to a network. Here in the Eastern Townships, between 25 and 30 per cent of the population does not have a family doctor. The first mission of the clinic would be to help those people. But they are not there to replace anyone else. The purpose of this undertaking would be, on the one hand, to generally reduce backlog in the medical system, and on the other hand to help people, for whom it is often difficult — let's not deny it — to quickly meet with a doctor, someone who will take the time to listen to them.

Obviously, the concept of a medical orientation centre is based on two observations: I was appalled to hear doctors say they were "bored," and second, family physicians were telling us: "We see the same patient five or six times a year, and even if we tell the patient that everything is fine and under control, the patient wants

Le programme Nouveaux Horizons est selon nous un bon moyen d'aider les organismes qui oeuvrent auprès de la clientèle aînée, mais idéalement la création d'un programme qui serait récurrent et qui permettrait aux organismes reconnus par le milieu de poursuivre son travail pour contrer la maltraitance et surtout pour ne pas perdre l'expertise acquise au fil des années.

Ainsi, cela permettrait aux organismes d'investir beaucoup moins de temps dans la recherche de financement et surtout de diminuer les inquiétudes monétaires à savoir s'il y aura des argents disponibles l'année suivante.

[Traduction]

La présidente : Madame Gravel, je voudrais en savoir un peu plus sur cette clinique d'orientation médicale. J'ai vu un reportage à ce sujet à la télévision nationale. Je me demandais si c'était le même programme parce que je dois admettre que je n'ai pas entendu où cela se situait. Il y a des médecins qui ne donnent pas d'ordonnances et ne font pas d'opérations; tout ce qu'ils font, c'est de rencontrer les patients pour discuter avec eux de leurs problèmes et les orienter vers une personne compétente, le cas échéant. Est-ce ainsi que ce programme fonctionne?

[Français]

Mme Gravel : Ce qu'on nous dit, c'est que la problématique majeure est de mettre le bon patient au bon endroit pour essayer de sauver du temps, et de ne pas nécessairement les envoyer à l'urgence, comme spontanément on a tendance à faire.

Dans cas-ci, et je vous avouerai que le projet est en constante évolution. Ce qu'on a choisi de faire, avec le Collège des médecins du Québec, c'est à l'intérieur du projet de ne payer que la cotisation pour médecins retraités, ce qui leur permet de donner des prescriptions, oui, mais c'est plus du renouvellement. Par exemple, si vous n'avez pas accès à votre médecin rapidement et vous en avez besoin, il n'y a aucun problème.

Effectivement, à la base, c'est de la référence. Donc, il va poser un diagnostic, c'est obligatoire, il l'a fait pendant 30, 40 ans. Par contre, il n'y aura pas de chirurgies mineures qui vont se faire à la clinique. Ce qu'on va faire c'est d'abord d'évaluer l'urgence du cas du patient.

Dans un premier temps, si vous avez besoin de voir un spécialiste, l'avantage de ces médecins est qu'ils ont un réseau. Ici en Estrie, il y a entre 25 et 30 p. 100 de gens qui n'ont pas de médecin de famille. Cette clinique, dans un premier temps, est spécifiquement faite pour ces gens-là. Ce n'est pas là pour prendre la place de quelqu'un d'autre, mais c'est vraiment pour essayer, d'une part, de désengorger le réseau dans son ensemble et aussi de permettre à des gens, qui sont souvent démunis, il ne faut pas se le cacher, d'avoir accès à une expertise médicale rapidement, et aussi d'avoir des gens qui vont prendre le temps de les écouter.

Évidemment, l'idée du centre d'orientation médicale est venue de deux constatations : je trouvais cela aberrant d'entendre des médecins dire « je m'ennuie », et deuxièmement, des médecins de famille nous disaient : « Nous, on voit le même patient cinq, six fois par année et même si on lui dit que tout va bien, tout est sous

to back simply to be reassured yet again.” Lastly, retired physicians are people whom we could go and see in case of an emergency. It comes down to the fact that people need to speak with someone with medical expertise.

In case of an emergency, the volunteer physicians will be able to directly refer a patient who is in serious distress to a specialist within the network the volunteer physicians are still connected with. But it will often turn out that the doctor will tell the patient to “take two aspirin, go home and get some rest,” which will reduce emergency wait times, among other things.

[English]

The Chair: It reminds me of being in an emergency room, as a young mother, with a child with asthma, who could not breathe, and asking another mother why her child was there; she had a splinter in her finger. I wanted to take the child somewhere where the mother could not see, take the splinter out and send the kid home. I obviously could not as I was not a physician. However, it addresses a very urgent issue, which is that we do have hospitals triaging, and they frequently need to have someone to assess the seriousness of the problem and if a physician needs to be seen immediately.

As a supplement to that, in terms of your drivers’ program, who pays for these drivers?

[Translation]

Ms. Gravel: The client. I have always maintained that the best solutions are often simple ones.

I would like to come back to something you said earlier on when you saw the woman with the child who had a splinter in a finger. Young mothers, for instance, get peace of mind from knowing that there is a doctor nearby in the neighbourhood. If you happen to meet the doctor and you have a concern, you will naturally ask him whether the problem is serious.

The volunteer orientation centre directs all these people to where they are needed the most. We need to use our imagination and never lose sight of the fact that, whatever happens in the next few years, there is a pool of extremely competent people who will be living longer and who will only ask to give back to society, if only to feel good about themselves. Sometimes they will need to be paid, and sometimes they will work on a volunteer basis.

Let me come back to the physicians. At one point, we asked them whether we should apply for a bigger grant so we could pay them. But they refused. How wonderful. Money is not the answer to everything.

contrôle, il veut venir me voir pour se faire rassurer encore une fois ». Finalement, les médecins retraités sont des gens qui dans des cas d’urgence on pourrait voir à leur place. Finalement, les gens ont besoin de parler avec une personne qui a une expertise médicale.

Par la suite, à partir du moment où l’urgence aura été signalée ou non, les médecins bénévoles, par le réseau qu’ils entretiennent, seront en mesure, lorsque vraiment quelqu’un est en détresse profonde, d’appeler un spécialiste au besoin et de le référer directement. Souvent, ce sera de lui dire, « Prends deux aspirines, va chez vous et repose toi », ce qui vient, entre autres, désengorger les urgences.

[Traduction]

La présidente : Cela me rappelle la fois que je suis allée à l’urgence, quand j’étais une jeune mère, avec un enfant qui souffrait d’asthme, qui n’arrivait pas à respirer; j’ai demandé à une autre mère qui se trouvait là de quoi souffrait son enfant, et elle m’a dit qu’elle avait une écharde au doigt. J’ai eu envie d’amener l’enfant à l’écart de sa mère, de lui enlever l’écharde et de renvoyer les deux à la maison. Je ne pouvais évidemment pas le faire car je n’étais pas médecin. Cependant, cela nous ramène à une question très urgente, à savoir le triage que l’on fait dans les hôpitaux, où l’on a souvent besoin de quelqu’un pour évaluer la gravité du problème et décider si la personne doit être vue immédiatement par un médecin.

En guise de question supplémentaire, au sujet de votre programme de conducteurs, qui paye ces conducteurs?

[Français]

Mme Gravel : Le client. J’ai toujours dit que les meilleures solutions sont souvent issues de choses simples.

Juste pour revenir sur ce que vous disiez tout à l’heure quand vous avez vu la dame et l’enfant avec une écharde dans le doigt, lorsqu’on est une jeune mère, par exemple, une des choses qu’on aime savoir est que, dans notre quartier il y a un médecin à proximité. Si vous le croisez et vous avez une inquiétude, spontanément vous allez lui demander « Pensez-vous que cela est grave? ».

Le centre d’orientation de bénévoles vient canaliser ces forces-là et les rendre plus accessibles à l’ensemble de la population. C’est être un peu imaginatif et ne jamais perdre de vue, peu importe ce qu’on va faire dans les prochaines années, qu’il existe un bassin de gens ultra compétents qui vont vivre de plus en plus vieux et qui ne demandent que cela, en termes d’estime d’eux-mêmes, de redonner. Parfois, ils ont besoin d’être rémunérés et parfois, ce n’est pas nécessaire.

Vous savez dans le cas des médecins, je reviens là-dessus, à un moment donné on leur a dit, on pourrait demander de hausser la subvention et vous payer. Ils ne veulent pas. C’est magnifique. Tout ne se résout pas par l’argent.

We also determined that there was a need for more drivers. We are also encouraging people to carpool. For example, at the University of Sherbrooke, we encourage people to drive three to a car rather than each person taking their own car to get to the same meeting.

The client pays. There is a profit for the agency and drivers are paid \$10 an hour.

The same holds true for caregivers. Families call us because they are looking for the right caregiver. It is not a big expense. I must admit that we do not make much money off of that service. Thankfully, though, we are also involved in other things. That is why our team likes to undertake small projects and they do so with a smile. It also represents a better use of our human resources.

It is important to determine where the needs are in our society and in our environment and how these competent people, who have exceptional skills and who may be a little bored, can help fill the void.

I admit that attitudes are always changing. I think that not only are we helping our community and improving the quality of life of people, but it also improves the quality of life of our seniors because they feel useful.

We always have to try to project ourselves into the future: how am I going to feel in 20 or 30 years? What is going to motivate me to get out of bed in the morning?

I think that this has an impact on people's general health. I spoke about this issue at great lengths with Mr. Hébert and it is obvious that our health is clearly better when we feel useful and when we want to get up in the morning.

[English]

The Chair: Ms. Morin, you made a statement, and I do not disagree with it because I think you are absolutely right, but I want you to go into a little more detail. You said that money was at the heart of the problem with respect to incidences of abuse. Would you elaborate on that for me?

[Translation]

Ms. Morin: When I meet with seniors, they often start to talk about the types of mistreatment and how it occurs. We know that now people have a life expectancy of 82.

With respect to one factor, we do understand seniors' attitudes towards inheritance. I often raise this issue in the workshops, I often talk about this infamous inheritance where people to some extent feel that they owe their children something. But as the children reach the age of 50 and 60, they start putting more and more pressure on these seniors in order to get their hands on their money.

Pour les chauffeurs, on avait déterminé qu'il y avait un besoin au sein de la population. Ce qu'on encourage aussi, c'est le covoiturage. On aime bien, par exemple, à l'Université de Sherbrooke, mettre trois clients dans la même voiture plutôt qu'ils prennent chacun leur voiture lorsqu'ils vont à la même réunion.

C'est le client qui paye. Il y a une marge bénéficiaire pour l'agence et les chauffeurs sont payés 10 \$ l'heure.

Même chose pour les nounous. Les familles nous appellent pour trouver la bonne personne. Ce ne sont pas de gros frais. Je vous avouerai que ce n'est pas avec cela qu'on fait beaucoup d'argent. Heureusement, on fait d'autres choses. C'est ce qui fait en sorte que notre équipe fasse toujours ces petits projets avec le sourire. Cela est important aussi pour l'efficacité de nos ressources humaines.

Il faut toujours essayer de déterminer ce qui manque dans notre société, dans notre environnement, et comment ces gens compétents, qui sont exceptionnels et qui s'ennuient, pourraient venir combler ce besoin.

Je vous avouerai qu'une mentalité comme celle-là est en constante évolution. Je pense que non seulement on rend des services à notre communauté et on vient améliorer la qualité de vie des gens, mais on vient aussi améliorer la qualité de vie de nos aînés. Ils se sentent utiles.

C'est de toujours essayer de se projeter dans l'avenir : comment vais-je me sentir dans 20 ou 30 ans? Qu'est-ce qui me motive à me lever le matin?

Je pense que cela a un impact sur la santé en général des gens. J'en parlais longuement avec M. Hébert et c'est évident, quand on se sent utile et qu'on a plaisir à se lever le matin, notre santé est nettement meilleure.

[Traduction]

La présidente : Madame Morin, vous avez fait une déclaration, et je ne suis pas en désaccord avec vous, parce que je pense que vous avez absolument raison, mais je vous invite à nous donner un peu plus de détails. Vous avez dit que cet argent était au cœur du problème relativement aux cas d'abus. Pourriez-vous nous en dire plus long là-dessus?

[Français]

Mme Morin : Souvent quand je vais rencontrer des aînés et qu'on commence à parler des types de maltraitance et de quelle façon cela arrive. En ce qui a trait à l'espérance de vie, on sait que maintenant les gens peuvent espérer vivre jusqu'à 82 ans.

En ce qui concerne un premier facteur, on sait que la mentalité des aînés face à l'héritage, j'en parle souvent dans les ateliers, le fameux héritage où les gens se sentent d'une certaine façon redevables aux enfants. Mais comme les enfants arrivent à 50 et 60 ans, il s'exerce de plus en plus de pression envers les aînés pour soutirer des sous.

A second factor that is just as important is when the son or daughter has gambling or financial problems and maintains a very regular relationship with a parent based on this need for money. We see horror stories involving parents who are 70 or 75 years of age with a child who has just about gone through all of the inheritance. This is often done under pressure.

That is truly the reason for the mistreatment. Often the elderly person does not even realize that he or she is being mistreated because, as far as he or she is concerned, as I explained earlier, the inheritance is part of the family, so it becomes complicated.

[English]

Senator Keon: Ms. Gravel, I thought your presentation was extremely interesting because it embraces the potential of private-public relationships and what they can do.

I was driven to the airport in a limousine by a senior woman, who told me that she does it because it compensates for her boredom. She does not need the money. She had enough money to buy the limousine, and she said that she gets paid enough to make her operation feasible. This woman devotes a great deal of her time driving people to and from one of the hospitals, and so forth, on a voluntary basis.

I just thought what a wonderful opportunity to harness all this wealth and human energy.

Is there any move toward some sort of networking? Large national organizations are not necessarily that good all the time. Good things usually happen at the community level.

Is there any sort of networking with your organization that can promote this type of wealth in human resources with seniors?

[Translation]

Ms. Gravel: At the outset, and I am repeating this, I run a private company. We recruit our labour at large.

We are already working with groups of retirees from the Sûreté du Québec throughout Québec in order to provide a chauffeur service. The nanny service will soon be provided. I think that these are basic requirements just about everywhere.

We are really talking about corporate strategies. This is part of our medium-term objectives. The same thing applies when we talk about volunteer orientation centres, for which the company does not receive any money, and that is important. This is more my social side, which is quite highly developed.

Obviously, the telephones are ringing off the hook with people asking for volunteer medical clinics just about everywhere.

The answer to your question is yes, we do see an interest there, and I personally do as well.

Getting back to the chauffeur service, it is true that more and more people are going to be providing this service, either on a volunteer basis or for pay. However, I see another problem with that. Many people who are now working for me do so under the

Un deuxième facteur qui est aussi important c'est la problématique avec soit le fils ou la fille qui a des problèmes de jeux ou des problèmes d'argent, et qui va très régulièrement entretenir une relation avec son parent, mais une relation toujours monétaire. Nous voyons des histoires d'horreur concernant des parents âgés de 70, 75 ans, dont l'enfant a presque tout dilapidé l'héritage, et cela s'est fait souvent par pression.

Cela est vraiment au cœur de la maltraitance. Souvent l'aîné ne réalise même pas qu'il est en situation de maltraitance, parce que pour lui, comme j'expliquais tout à l'heure, l'héritage, cela fait partie de la famille, donc cela devient complexe.

[Traduction]

Le sénateur Keon : Madame Gravel, j'ai trouvé votre exposé extrêmement intéressant car il évoque le potentiel des relations entre le privé et le public.

J'ai été amené à l'aéroport dans une limousine conduite par une femme âgée qui m'a dit qu'elle faisait cela pour se désennuyer. Elle n'a pas besoin d'argent. Elle avait assez d'argent pour acheter la limousine et elle m'a dit que cela la payait suffisamment pour rentabiliser son activité. Cette femme consacre une grande partie de son temps à conduire bénévolement des gens en direction et en provenance des hôpitaux.

J'ai trouvé que c'était une magnifique occasion de tirer profit de cette richesse et de cette énergie humaine.

Fait-on des efforts pour établir des réseaux? Les grandes organisations nationales ne sont pas nécessairement aussi bonnes tout le temps. Ce qui se fait de bien est généralement fait au niveau communautaire.

Votre organisation fait-elle partie d'un quelconque réseau dans le cadre duquel on pourrait promouvoir ce type d'activités pour tirer profit des ressources humaines chez les personnes âgées?

[Français]

Mme Gravel : Dès le départ, je le répète, je suis une entreprise privée. On fait du recrutement de main-d'œuvre « at large ».

On travaille déjà avec des regroupements de retraités de la Sûreté du Québec un peu partout à travers le Québec pour le service de chauffeurs. Le service de nounous, cela s'en vient. Je pense que ce sont des besoins de base nécessaires un peu partout.

On parle vraiment de stratégies d'entreprise. Cela fait partie des aspirations à moyen terme. Même chose lorsqu'on a parlé des centres d'orientation bénévole, pour lesquels l'entreprise ne reçoit aucun sou, et cela c'est important. C'est plus mon côté social, qui est quand même assez développé.

C'est sûr que les téléphones sonnent pour qu'on ait cliniques médicales d'orientation bénévole un peu partout.

La réponse à votre question c'est oui, on y voit l'intérêt et j'y vois personnellement l'intérêt.

Pour revenir au service de chauffeurs, c'est vrai qu'il y a de plus en plus de gens qui vont reconduire, soit bénévolement ou avec rémunération. Par contre, je vois une autre problématique là-dedans. Plusieurs personnes qui travaillent maintenant pour moi

table, and I do not believe that as a society, we should be encouraging that. At any rate, that is not part of my personal value system. Now, this is a service that is organized and it is declared. It is important that this be mentioned as well.

I did not reinvent the wheel. There have always been chauffeurs. There will always be people who provide this service and who get paid under the table, and the same holds true for nannies. In both cases, these services are organized and declared, so I see another positive impact in this.

[English]

Senator Keon: Ms. Morin, it seems to me again that networking could be of tremendous benefit to the country in the type of thing that you are doing, that other people could benefit from you tremendously.

Do you think there is a need for some type of facilitation of networking? For example, through a knowledge exchange centre, which may be provincially located, or maybe cities could have a knowledge exchange centre that could network with other knowledge exchange centres so that the kind of information that you have available could be disseminated to other places.

Again, it seems that there is so much potential for doing good things in other areas with what you are doing.

Should we be advocating assistance to create a knowledge exchange across the country on a networking basis?

[Translation]

Ms. Morin: That is obvious to us because the organization was a precursor with regard to mistreatment. As I told you in the beginning, we have been around for 15 years and we know that this exists and we have developed an expertise with regard to intervention, information and awareness.

If there were other organizations similar to ours in other municipalities, organizations that would be set up and that would allow us to communicate and exchange information, this would clearly be extremely helpful; both for the organization and for all those who are not affected. Not everyone is going through the CLSC or through the hospitals.

For our part, I would say that we have succeeded in increasing interest through awareness and more information. The more work we do on the ground, the more we realize the importance of having an organization such as ours. Obviously, such an organization could work in other municipalities.

[English]

Senator Mercer: Ms. Gravel, your agency seems to me to be very unique in a field that will be growing, and I congratulate you for it.

We mainly talked about medical people and then about professors, drivers and babysitters.

le faisaient au noir, et je ne pense pas que comme société on puisse se permettre d'encourager cela. En tout cas, cela ne fait pas partie de mes valeurs à moi. Maintenant, c'est un service qui est organisé et qui est déclaré. C'est important de le mentionner aussi.

Je n'ai pas réinventé la roue. Les services de chauffeurs, il y en a depuis toujours. Les gens qui le font et qui se font rémunérer en dessous de la table, il y en aura toujours, et même chose pour les nounous. Dans les deux cas, ce sont des services qui sont organisés et déclarés, alors j'y vois un autre impact positif.

[Traduction]

Le sénateur Keon : Madame Morin, il me semble encore une fois que la mise en réseau pourrait être extraordinairement utile pour le pays dans le type d'activités que vous menez et que d'autres pourraient en bénéficier énormément.

Pensez-vous qu'il est nécessaire de faciliter la mise en réseau? Par exemple, au moyen d'un centre d'échange des connaissances qui pourrait être provincial ou peut-être que les villes pourraient mettre sur pied un centre d'échange des connaissances susceptible d'être mis en réseau avec d'autres centres semblables, de manière que l'information que vous possédez soit diffusée.

Encore une fois, il semble qu'il y a tellement de potentiel de faire ce que vous faites dans d'autres domaines.

Devrions-nous préconiser une aide pour créer un programme d'échange de connaissances d'un bout à l'autre du pays dans le cadre d'un réseau?

[Français]

Mme Morin : Pour nous, c'est évident, parce que l'organisme a été précurseur en ce qui concerne la maltraitance. Comme je vous mentionnais initialement, on est là depuis 15 ans et on sait que cela existe et qu'on a développé une expertise aussi au niveau de l'intervention, de l'information et de la sensibilisation.

Qu'il y ait dans différentes villes un organisme qui pourrait ressembler au nôtre, qui serait établi et qui permettrait aussi de communiquer et d'échanger entre nous, il est évident que ce serait très aidant; autant pour l'organisme que pour tous les gens qui ne sont pas touchés. Les gens ne passent pas tous par les CLSC, ne passent pas tous par les hôpitaux.

Nous, on réussit à susciter l'intérêt, je dirais, par la sensibilisation, par l'information. Plus on est sur le terrain, plus on se rend compte de l'importance d'un organisme comme le nôtre. C'est évident qu'un tel organisme pourrait se retrouver dans d'autres villes.

[Traduction]

Le sénateur Mercer : Madame Gravel, il me semble que votre agence est tout à fait unique dans un domaine qui est en pleine croissance et je vous en félicite.

Nous avons surtout parlé de praticiens de la santé et ensuite de professeurs, de chauffeurs et de puéricultrices.

Have you been able to identify and fill demands for other seniors who are retired or about to retire? Is the demand exclusively local to the Eastern Townships, or are there opportunities that are further afield, whether it be Montreal or Quebec City, or even outside of Quebec or outside of Canada?

[Translation]

Ms. Gravel: I must tell you that what we call generational help is a worthwhile enterprise throughout the country and not just in a specific region.

It is true that we are the first and only private recruiting agency to have a specialty niche market for pre-retirees and retirees. Initially, I was told that this would not work, that we would not be able to cover our costs. On the contrary. It is true that we have diversified our activities to some extent. What I have talked about here this morning relates to special projects.

I have the opportunity to sit on the advisory committee for employees aged 45 and up for the Government of Quebec. What we have noted, and what is unfortunate to see, and it is simply due to a lack of workers, is that our companies are turning increasingly to their current employees. They are trying to retain their current employees, but they are looking increasingly to slightly older employees to recruit workers. At present, and I experience this on a daily basis, we are having trouble recruiting workers in general.

So, a lot of work needed to be done to make our companies aware that it is highly worthwhile to have workers aged 55 and up for a number of years to come. Initially, unfortunately, our companies still believe that there are a lot of well-educated and well-trained young people available, and this is completely false.

Unfortunately, often before reacting, you have to have your back up against the wall. We are trying to make companies aware that they need to wake up now.

Today, we are placing engineers who retired two years ago and they are working in firms. We also place a lot of managers, which is greatly appreciated. These are people who for example worked their entire lives in management and who will work as consultants or managers for a company and as paid members of boards of administration, something we are asked for frequently, that is to fill positions within boards of administration with various retirees having exceptional experience.

You have all heard of Rona, which really was the first company to hire retirees. Obviously, this is one of our clients and we do business with them.

I will tell you that things have changed a great deal over the past two years, and now there is a demand in all sectors of activity. I do not need to tell you that retired nurses are being courted on bended knee in order to get them to come back into the system. It is a shame but that is how it is.

Avez-vous été en mesure de cerner la demande pour d'autres personnes âgées qui sont à la retraite ou sur le point de prendre leur retraite? Cette demande est-elle exclusivement locale, dans les cantons de l'Est, ou bien y a-t-il des possibilités ailleurs, que ce soit Montréal ou Québec, ou même à l'extérieur du Québec ou à l'étranger?

[Français]

Mme Gravel : Je vais vous avouer que ce qu'on appelle l'entraide générationnelle, a avantage à être exercé partout à travers le pays, pas juste dans une région donnée.

C'est vrai qu'on est la première et la seule agence de recrutement privée à avoir un créneau de spécialité pour les préretraités et retraités. Au départ, on me disait que cela ne fonctionnerait pas, qu'on ne serait pas capable de faire les frais. Au contraire. C'est vrai qu'on a diversifié un peu nos activités. Ce dont je vous ai parlé ce matin était dans le cadre de projets spéciaux.

J'ai la chance de faire partie du comité consultatif des employés de 45 ans et plus du gouvernement du Québec. Ce qu'on remarque, et qui est dommage de constater, et c'est simplement pour une raison de manque de main-d'œuvre, nos entreprises se tournent de plus en plus vers leur main-d'œuvre actuelle. Elles essaient d'avoir un phénomène de rétention auprès de leurs employés actuels, mais ils se tournent de plus en plus vers les employés un peu plus âgés pour recruter de la main-d'œuvre. Actuellement, et je le vis au quotidien, on a de la misère à recruter une main-d'œuvre en général.

Donc, il a fallu faire beaucoup de travail de sensibilisation auprès de nos entreprises pour dire, écoutez, une main-d'œuvre de 55 ans et plus c'est encore fort utile pendant de nombreuses années. Au départ, malheureusement nos entreprises pensent encore que la manne des jeunes bien éduqués et bien formés abonde, et c'est complètement faux.

Souvent, malheureusement, avant de réagir, il faut avoir le nez collé contre le mur. Ce qu'on essaie de faire afin de les sensibiliser, est de dire qu'il faut se réveiller maintenant.

Aujourd'hui, on place des ingénieurs qui ont pris leur retraite il y a deux ans, qui travaillent dans des cabinets. On place beaucoup de gestionnaires, ce qui est très apprécié. Ce sont des gens, par exemple, qui ont œuvré toute leur vie en gestion et qui vont être consultants ou engagés par une entreprise comme gestionnaires et comme membres rémunérés de conseils d'administration, ce qui nous est souvent demandé, de combler des postes au sein de conseils d'administration, de certaines personnes retraitées qui ont un bagage d'expériences exceptionnelles.

Vous connaissez tous Rona l'Entrepôt, qui a été un précurseur en termes d'entreprises qui ont engagé des personnes retraitées. C'est sûr que c'est un de nos clients et on fait affaire avec eux.

Je vous avouerai que les choses ont beaucoup évolué depuis deux ans, et maintenant la demande est dans tous les secteurs d'activités. Je n'ai pas besoin de vous dire que les infirmières retraitées, on se met à genoux pour les ramener dans le système. C'est dommage, mais c'est comme cela.

Now, we really see this in all activity sectors, but we still need to properly understand the conditions that those individuals will have. They no longer want to be subject to the pressure they experienced when they were young. They want to do things differently. They want to feel integrated into their new workplace. That is why everything related to human resources and the quality of life at work is important; we talk about this a lot in the area of health care, but we need to talk about it in all sectors of activity. This goes to the very heart of it, and this will enable us to properly integrate slightly older individuals in all sectors of activity.

Clearly, to me, the future of our country and our capacity to get through the next 20 years, during which we will experience a labour shortage, depends on generational help. Also, again, and I come back to this constantly, we cannot leave people who are healthy and who want to give, be they 55, 60, 65 or 70, at home. It is a matter of their self-esteem as well as of our collective health.

I think that, in the future, every and any initiative that the government can implement to encourage people who want to do so. . . in fact, often what is missing is that when we started our agency, people told us, "I wanted to do something, but I did not know what." Obviously we are going to take the time to tell them "What would really excite you for the next few years of your life?" It is not necessarily something that they have done all their lives; it could be something completely different. I know people who were lawyers and who want to be painters. We are going to help them do that.

Among our nannies, we have former teachers and former nurses. They no longer want to do the same thing they used to do; they want to do something else. So, the link is easy to make throughout Canada. It is about finding a place that will allow the company, in other words the client, and individuals who want to give back to do so. And I think that really this should be done throughout the country, because this is the future, in our opinion, and those people want to give for many years to come.

[English]

Senator Mercer: The Canadian International Development Agency, CIDA, does work all over the world, and people from Quebec have been major participants because of our association with so many French-speaking countries around the world, through our relations with the francophonie.

Have you been able to work with CIDA perhaps in placing people with a particular expertise, who they might be looking for to go overseas and work in developing countries?

[Translation]

Ms. Gravel: Not with CIDA. What we are doing now, is that a number of our retired engineers who are working for private firms will go, for example, to Algeria. So, we do international placements, not publicly, but privately. Everything depends on changing people's mindsets. I was listening to you when you said

Maintenant c'est vraiment dans tous les secteurs d'activités, mais encore faut-il qu'on comprenne bien les conditions que ces gens-là vont être prêts à mettre. Ils ne veulent plus avoir la pression qu'ils ont supportée pendant leurs jeunes années. Ils veulent le faire de façon différente. Ils veulent se sentir bien intégrés à l'intérieur de leur nouveau milieu de travail. C'est pour cela que dans l'ensemble des secteurs d'activités tout ce qui est inhérent à la gestion des ressources humaines et à la qualité de vie au travail, on en parle beaucoup dans le réseau de la santé, mais il va falloir qu'on en parle partout. Cela fait partie du nerf de la guerre, et cela va nous permettre de bien intégrer les gens un peu plus âgés dans tous les secteurs d'activités.

C'est sûr qu'à mes yeux, l'avenir de notre pays et notre capacité de passer à travers les 20 prochaines années qui vont être charnières en termes de pénurie de main-d'œuvre passent par cette entraide générationnelle. Aussi, encore une fois, j'y reviens tout le temps, on ne peut pas laisser chez eux des gens de 55, 60, 65 et 70 ans qui sont en bonne santé et qui ont le goût de donner. Il en va de leur estime d'eux-mêmes et aussi de notre santé collective.

Je pense que dans le futur, toutes les initiatives que le gouvernement pourra prendre pour encourager les gens qui ont le goût de le faire ... en fait, souvent ce qui manque est que quand on a lancé l'agence, les gens nous disaient, « J'avais le goût de faire quelque chose, mais je ne savais pas quoi ». C'est sûr qu'on va prendre le temps de leur dire « Qu'est-ce qui vous ferait triper pour les prochaines années de votre vie? » Ce n'est pas nécessairement quelque chose qu'ils ont fait toute leur vie, cela peut être totalement différent. Je connais des gens qui ont été avocats qui ont le goût d'être peintres. On va vous aider à l'être.

Parmi les nounous, il y a beaucoup d'enseignantes, il y a des infirmières. Elles n'ont plus le goût de faire la même chose, elles ont juste le goût de faire quelque chose. Donc, ce lien est facile à implanter partout au Canada. Il s'agit de trouver un endroit qui va être l'arrimage entre l'entreprise, donc, le client, et ces gens-là qui ont le goût de redonner. Et je pense que c'est réellement ce qu'il faudrait implanter un peu partout, parce que c'est l'avenir, à mon avis, et ces gens-là ont le goût de donner pendant encore de nombreuses années.

[Traduction]

Le sénateur Mercer : L'Agence canadienne de développement international, l'ACDI, œuvre aux quatre coins du monde et les Québécois, grâce aux liens que nous entretenons par l'intermédiaire de la francophonie avec tant de pays francophones, y participent intensément.

Avez-vous pu travailler avec l'ACDI en offrant les services de gens qui possèdent une compétence particulière recherchée par l'agence pour travailler dans des pays en développement?

[Français]

Mme Gravel : Pas avec l'ACDI. Ce que l'on fait actuellement, il y a plusieurs de nos ingénieurs retraités qui travaillent pour des cabinets privés qui vont, par exemple, en Algérie. Donc, de l'international, on en fait, mais pas de façon publique, de façon privée. Tout est en fonction du changement de la mentalité chez

that CIDA does this in various other countries, but there are countries which can serve as examples for us in this regard. I think that it is time to be forward looking within our own country, because we need these people here too.

[English]

Senator Mercer: Ms. Morin, the work you do is extremely important. We have talked about abuse in many other communities.

Have you been able to engage others in identifying abuse in the community? Sometimes, as you said, abuse goes unreported. Your term was their silence empowers the abuser, which I think is very true.

We have heard about other communities where people in the community have been engaged in identifying the abuse. Have you been able to do that, and have you had any training programs to help people in the community recognize elder abuse?

[Translation]

Ms. Morin: Yes, clearly that is our first element because when we talk about intervention, I would say that more than three quarters of our interventions are due to an initial screening.

How is the screening done? Somewhat as I mentioned earlier, by training volunteers. Each year, volunteers serve as multiplying agents, who are trained to be able to see and detect individuals who might be experiencing abuse.

Someone goes to the day centres every week. We meet with seniors, we talk to them and we give workshops of approximately an hour, but often they run over. Because of the relationship and trust that grows between an organization or individuals on the ground and seniors, it is quite common to get phone calls later and to meet with people to talk to them.

Another thing that encourages people to disclose this information is when we meet with seniors in group settings. Simply exchanging information will often lead to someone saying, "Oh, yes, that is true, I am experiencing that too." And then a discussion will take place.

That is why it is important to work on the ground, to go and see them, and not just once. It requires a great deal of time and energy, but it is important.

[English]

Senator Mercer: We have heard elsewhere how important it is for people who interact with older Canadians to keep their antenna up to look for abuse. We heard that some of the banks have actually done some training with their staff.

vous. Je vous écoutais quand vous disiez que l'ACDI le fait dans certains autres pays, mais il y a des pays qui ont des exemples à nous donner à ce niveau-là. Je pense qu'il est temps d'être prophètes à l'intérieur même de notre propre pays, parce qu'on a besoin de ces gens-là chez nous aussi.

[Traduction]

Le sénateur Mercer : Madame Morin, le travail que vous accomplissez est capital. Nous avons rappelé l'existence de la maltraitance dans bien d'autres collectivités.

Avez-vous pu mobiliser l'attention d'autres personnes pour repérer les cas de maltraitance dans votre collectivité? Comme vous l'avez dit, il arrive que la maltraitance ne soit pas révélée. Vous avez dit que le silence donnait du pouvoir à l'auteur des mauvais traitements, et je pense que vous avez raison.

Dans d'autres collectivités, on a sollicité l'aide des habitants pour repérer les cas de maltraitance. Avez-vous pu en faire autant? Y a-t-il eu des programmes de formation pour apprendre à reconnaître les cas de maltraitance des personnes âgées?

[Français]

Mme Morin : Oui, c'est sûr que c'est notre premier élément parce que quand on parle d'intervention, je dirais plus que les trois quarts des interventions qu'on fait le sont parce que, justement, il y a eu initialement du dépistage de fait.

Comment se fait le dépistage? Un peu comme je le mentionnais tout à l'heure, en formant de bénévoles. Chaque année il y a des bénévoles comme agents multiplicateurs, qui sont formés justement pour être capables de voir et de dépister ceux qui pourraient être susceptibles de vivre la maltraitance.

Toutes les semaines, on est présents dans des centres de jour. On va rencontrer les aînés, on va leur parler et on donne des ateliers qui vont généralement durer une heure, mais souvent cela va déborder parce que, justement, avec le contact et la confiance qui s'établissent entre l'organisme ou les gens qui vont sur le terrain, c'est très régulier de recevoir des téléphones par la suite et de voir les gens en parler.

Ce qui fait aussi la force dans la dénonciation est que lorsqu'on rencontre des aînés en groupe, le fait d'échanger ensemble va souvent laisser place à « Ah oui, c'est vrai, je vis cela aussi » et là il va se faire des échanges.

De là l'importance d'être terrain, d'y aller pour les voir, et pas seulement une fois. Et cela demande beaucoup de temps, beaucoup d'énergie, mais c'est important.

[Traduction]

Le sénateur Mercer : On nous a dit à quel point il était important que ceux qui s'occupent de personnes âgées soient vigilants afin de déceler les cas de maltraitance. On nous a dit que certaines banques ont donné à leur personnel une formation à cet égard.

Have you seen that in the banks and the caisses populaires in Quebec? Have they been mindful of their responsibility to notice unusual things happening in seniors' bank accounts that did not happen before, which could be potentially a sign of financial abuse?

[Translation]

Ms. Morin: When we talk about the Estrie region, there are seven MRCs. In each of the MRCs there was groundwork to be laid this year. Some of them have already created regional roundtables on abuse. These roundtables often comprise people from the credit unions and the police force. There are scheduled meetings. I can tell you that there has been progress. There are roundtables that were already organized this year, but there is still work to be done in the area of awareness.

As you mentioned, we get a lot of support from the credit unions, because these people are on the front lines and they are aware of money that continually goes missing. So, in our opinion, there is still work to be done in this area, in order to continue to cooperate and move forward.

I am saying that there is work to be done, but there has been a lot of work done already. Training the tables is not something that can be done in one day.

[English]

Senator Mercer: Ms. Morin, you indicated that you thought our report did not have enough emphasis on identification and prevention of abuse. I can assure you that, since we started our travel across the country, that has certainly moved up on our priority list because we have heard that this is an issue in every community.

Hopefully, when our final report comes out, you will be able to say that your comments and those of others have had an effect.

Senator Cools: Ms. Gravel, I understand — and I have never heard of such a thing — that your organization is a profit-making company that is essentially doing community work. Maybe this is very common. Could you tell me a little more about the organization, how you are able to turn a profit and if this is a growing tendency?

[Translation]

Ms. Gravel: I dare hope so, but perhaps I would say that I have had the opportunity, in the past few years, to have two jobs that are completely different, but that have enabled me to get to know both worlds well. First, I was director general of the Regroupement des organismes communautaires de l'Estrie and then afterwards the director general of the Sherbrooke Chamber of Commerce.

In my opinion, the creation of wealth and equitable services go hand in hand. We cannot work in isolation, we must work together.

Cela est-il le cas dans les banques et les caisses populaires au Québec? Sont-elles conscientes de la responsabilité qui leur incombe de déceler toute activité hors de l'ordinaire sur les comptes en banque des personnes âgées, ce qui pourrait être une manifestation d'abus financier?

[Français]

Mme Morin : Quand on parle de l'Estrie, il y a sept MRC. Dans chacune des MRC, cette année il y a eu du travail de terrain. Il y en a quelques-unes qui ont déjà des tables régionales de formées sur la maltraitance. Ces tables sont souvent composées de gens des caisses populaires et de policiers. Il y a des rencontres établies. Je peux vous dire que c'est en progression. Il y a des tables qui sont déjà bien organisées cette année, mais il y a encore du travail de sensibilisation à faire de ce côté-là.

Comme vous le mentionnez, c'est un soutien énorme de la part des caisses, parce que ce sont les gens de première ligne qui sont au courant s'il y a des montants qui disparaissent de façon récurrente. Selon nous, il y a encore du travail à faire de ce côté-là, pour continuer à se concerter et à travailler.

Je dis qu'il y a du travail à faire, mais il y en a aussi beaucoup de fait. La formation des tables concertation est quand même un travail de longue haleine.

[Traduction]

Le sénateur Mercer : Madame Morin, vous avez dit que vous pensez que notre rapport ne développait pas assez la notion de dépistage et de prévention de la maltraitance. Je peux vous assurer qu'après nos visites d'un bout à l'autre du pays, cet aspect a pris plus d'importance dans nos priorités car on nous a dit que le problème existait dans toutes les collectivités.

Espérons que notre rapport final vous permettra de conclure que vos observations et celles d'autres témoins à cet égard ont porté leurs fruits.

Le sénateur Cools : Madame Gravel, si je ne m'abuse — et c'est tout nouveau pour moi — votre organisation est une compagnie à but lucratif qui essentiellement fait du travail communautaire. C'est peut-être très courant. Pouvez-vous nous en dire davantage sur votre organisation? Comment êtes-vous rentable? La tendance va-t-elle en s'accroissant?

[Français]

Mme Gravel : J'ose l'espérer, mais peut-être que je vous dirais que j'ai eu la chance, dans les dernières années, d'avoir deux emplois qui étaient totalement différents, mais qui m'ont permis de bien connaître les deux mondes. J'ai tout d'abord été directrice générale du Regroupement des organismes communautaires de l'Estrie et tout de suite après, directrice générale de la Chambre de commerce de Sherbrooke.

Pour moi, la création de richesse et les services équitables vont de paire. On ne peut pas travailler en silo, il faut travailler ensemble.

I will tell you that our company is doing extremely well. We are turning a profit. I am not making money from the retiree, pre-retiree part. This represents approximately 5 per cent to 10 per cent of my sales figures. My accountant is telling me to set this aside, and my answer is no, because I believe in it. I believe in it as a businesswoman because it is an interesting business opportunity and it is somewhat visionary, so I think that it will be successful. I also believe in it because, as I said earlier — and the same goes for my team — we so enjoy our work, and we can quickly see the results of what we have accomplished.

At the beginning of my remarks I explained how this came about. It came about for two very clear reasons. This was a business opportunity. When you decide to go into business, your business idea has to be based on what is happening in the community: a lack of labour, aging of the population, available and skilled individuals. In my case, it was pretty easy to put two and two together.

Once the company was started, it led to the creation of several small projects, that have become bigger. I spoke earlier about the “Transfer of Passion” with retired teachers, and everything that we are doing with our retired doctors; however, the basic idea remains the same.

It is so simple when you think about it. Regardless of the sector these people have worked in, one must never forget that once they are called upon to help, whether they are paid for it because they need that, or whether they do so on a voluntary basis, because they also need that, everyone wins. Personally, I think this is the way of the future.

[English]

Senator Cools: It is very interesting, and I wish you continued success.

Ms. Morin, the subjects around domestic violence are subjects with which I am very well acquainted. I know a considerable amount about the phenomenon of intervening and bringing relief.

My question to you has to do with your strategies and interventions. How often do you intervene and solve the problems and grant relief? How often do you resort to the Criminal Code, to a criminal prosecution, which, with seniors, can be devastating?

I know of a case about three years ago where a few slaps were exchanged between two senior spouses. Some diligent policeman came in and got the prosecutions underway. Then, of course, both of them were very frantic at their ages. Fortunately, when they went before the judge, the judge scolded them as though they were two children. He told them that they were far too old for this, and then dismissed the charges. That was the end of that because the fear of God had been upon them.

I am curious about the nature of your interventions. Do you have any data on victims and perpetrators, on how often the spouses are against each other or other family members or other individuals?

Je vous avouerai que la compagnie va très bien. On fait des profits. Ce n'est pas avec l'aspect retraité, préretraité, que je fais de l'argent. Cela représente à peu près 5 à 10 p. 100 de mon chiffre d'affaires. Mon comptable me dit de mettre cela de côté, et ma réponse est non, parce que j'y crois. J'y crois comme femme d'affaires parce que c'est une occasion d'affaires intéressante et c'est un peu visionnaire, donc je pense qu'on y arrive. J'y crois aussi parce que, comme je le disais tout à l'heure, et c'est pareil pour mon équipe, on a tellement de plaisir à travailler et qu'on voit rapidement les résultats du travail accompli.

Au début de mon petit exposé, j'expliquais comment c'était né. C'est né de deux choses très claires. C'est une occasion d'affaires. Quand on essaie de lancer en affaires, il faut que l'idée à la base soit inspirée par ce qui se passe dans la communauté : pénurie de main-d'œuvre, vieillissement de la population, le bassin de population disponible et compétent. Pour moi, l'équation se faisait relativement facilement.

À partir du moment où la compagnie a été lancée, cela a donné lieu à la création de plusieurs petits projets, qui prennent de l'expansion. Je disais tout à l'heure « Transfert de passion » avec les professeurs retraités, mais aussi tout ce qu'on fait avec nos médecins retraités, mais c'est toujours la même base.

C'est tellement simple quand on y pense. Peu importe le secteur d'activités dans lequel ces gens-là ont œuvré, il ne faut jamais perdre de vue que lorsqu'on les met à contribution pour aider, que ce soit monétairement, parce qu'ils en ont besoin, ou bénévolement, parce qu'ils en ont aussi besoin, tout le monde est gagnant. Je pense personnellement que c'est la voie de l'avenir.

[Traduction]

Le sénateur Cools : C'est très intéressant et je vous souhaite bon succès.

Madame Morin, je connais très bien toute la question de la violence dans la famille. Je suis tout à fait au courant des méthodes d'intervention et de soulagement.

Je voudrais que vous m'en disiez davantage sur vos stratégies et vos interventions. Quel est le nombre de cas où vous intervenez pour résoudre les problèmes et soulager la situation? Dans combien de cas devez-vous faire intervenir les dispositions du Code criminel, aller jusqu'à une poursuite pénale, ce qui pour les personnes âgées peut être dévastateur?

Il y a trois ou quatre ans, il y a eu un cas d'échange de gifles entre deux personnes âgées, mari et femme. Un policier zélé est intervenu et il a fait intenté des poursuites. Bien entendu, étant donné leur âge, les intéressés étaient aux abois. Heureusement, le juge qui a entendu l'affaire les a réprimandés comme s'ils étaient deux enfants. Il leur a fait remarquer qu'ils étaient beaucoup trop âgés pour ce genre de comportement et il a rendu un non-lieu. Les choses se sont arrêtées là car il leur a inculqué la crainte de Dieu.

Je voudrais plus de renseignements sur vos interventions. Avez-vous des données sur les victimes et les assaillants? Savez-vous quelle est la fréquence des attaques entre époux, de la part d'un membre de la famille, de la part d'un tiers?

Most important, how often do you resort to the mighty blunt hand of the Criminal Code?

These are conscious decisions that people who do this work have to make. When I was on the front lines, considerable years ago now, I was always reluctant to go to the Criminal Code provisions for prosecution, to laying that information, unless the situation was extremely serious.

I found in those days, my approach was a more successful approach, especially if you can open people up to talk to each other. Different workers have different approaches. I knew other workers to whom it did not matter how much a couple or the family was helped, as long as they got a prosecution; that is what they wanted. I am sure you know the damage that happens in those families for years after such a prosecution.

If you do not have any data, I understand, because quite often you just do not have time to collect the data in the front lines. I am curious as to whether you have such an approach.

[*Translation*]

Ms. Morin: I would like to give you an example of how we become involved in a situation of abuse; this is an incident that happened not very long ago. A 52-year old woman called and she was crying a lot and she said to me: "I have betrayed my family. What I am doing makes no sense, all I want to do is commit suicide, and I want to kill my brother." That was what she said as soon as she called. Obviously my response was to gain that woman's trust and to embrace what she was experiencing, and to take note of what she was sharing with me. This was a situation involving brothers and sisters, and a brother within the family who was abusing his parents quite extensively. That is why this individual called. But this person did not want any involvement with the police; she did not want any legal procedures. At that time, I invited that individual to come and meet us and I assured her that there was no question of undertaking any procedures without consent within the family. This woman came to meet with me along with her sister, because she had told her that she had requested help. We met five or six times, and we met with the family. We did not become involved with the brother, nor with the parents, because that is not what they had requested. However, these individuals received tools and empowerment through our explanations and awareness-raising. I explained to her when she told me that she wanted to kill her brother because of what he was doing to her parents that it was the behaviour she wanted to kill and not what was happening. All of this made eminent sense, and throughout our meetings, we acquired tools, for example, the use of proxy.

I think that our involvement was successful because this individual called me recently to tell me how helpful it had been.

Surtout, je voudrais savoir s'il arrive souvent qu'on ait recours à l'inexorable Code criminel?

Ce sont là des décisions conscientes que doivent prendre les gens qui travaillent dans ce secteur. Il y a bien des années, je faisais un travail en première ligne et j'hésitais toujours à invoquer les dispositions du Code criminel pour tenter des poursuites, et à révéler l'existence d'une telle situation, à moins qu'elle ne fût extrêmement grave.

À l'époque, je trouvais que ma façon de faire donnait des résultats, surtout quand on parvient à ouvrir un dialogue entre les gens. D'autres conseillers ont d'autres façons de faire. J'en ai connu pour qui il importait peu d'aider le couple ou la famille et qui tenaient absolument à tenter des poursuites. C'est ce qu'ils souhaitaient. Je suis sûr que vous êtes consciente des répercussions néfastes sur la famille bien des années après de telles poursuites.

Si vous n'avez pas de données là-dessus, je comprendrai car très souvent quand on est en première ligne, on n'a pas le temps de recueillir des données. Je voudrais savoir si vous préconisez cette façon de faire.

[*Français*]

Mme Morin : J'ai envie de donner un exemple de la façon dont on intervient dans une situation d'abus; c'est une histoire qui est arrivée il n'y a pas vraiment longtemps, une dame de 52 ans qui appelle et qui pleurait énormément, et qui me disait : « J'ai trahi ma famille. Ce que je suis en train de faire n'a pas de bon sens, tout ce dont j'ai envie c'est de me suicider, et j'ai envie de tuer mon frère ». C'était la première entrée en matière sur l'appel. Ma réaction a été vraiment de mettre la dame en confiance et de l'accueillir dans ce qu'elle vivait, et de prendre les premiers éléments qu'elle me donnait. Il s'agissait d'une situation entre frères et sœurs, et d'un frère dans la famille qui abusait ses parents de façon vraiment intensive. Et de là l'appel à l'aide de la personne. Mais pour la personne, il n'était absolument pas question qu'il y ait un lien avec la police, qu'il y ait quoi que ce soit qui était judiciairisé. À ce moment-là, j'ai invité la personne en question à venir nous rencontrer et qu'il n'était pas question qu'on fasse des démarches sans le consentement de qui que ce soit dans la famille. La dame est venue me rencontrer avec sa sœur, parce qu'elle lui avait dit qu'elle avait demandé de l'aide. On a eu cinq à six rencontres ensemble, et avec la famille. On n'est pas intervenu auprès du frère, ni auprès des parents, parce que ce n'était pas leur demande. Par contre, tous les outils et tout le pouvoir que ces gens-là ont eus dans l'explication, dans la sensibilisation, et quand je lui expliquais que quand elle disait « Je veux tuer mon frère pour ce qu'il fait à mes parents », j'expliquais que c'était le comportement qu'elle voulait tuer et non ce qui se passait. Et cela a fait beaucoup, beaucoup de sens et tout au long des rencontres, on s'est donné des outils, par exemple, la procuration.

Je pense que cette intervention a porté fruit parce que cette dame m'a rappelée dernièrement pour me dire combien cela avait été aidant.

In the end, no, we did not use the process, but we do know how important this was for them within their family.

That might be the example I could give you in relation to your question.

[English]

Senator Cools: What you are saying is extremely important because when you look at these relationships, they are very intimate, very close and the individuals are very vulnerable, so one has to be extremely sensitive in how one manages it. You need to open them to understanding their own offensive behaviour, and also the interaction because quite often it is not him or her, rather it is them together. Therefore, I am very pleased and relieved that you have that approach because in my view that is by far the most successful, and the most effective.

I would like to say, Chair, I do not know if we have looked at this, but one of the foremost American scholars on physical abuse of elders is a woman named Dr. Susan Steinmetz. She comes out of the original group of Dr. Murray Straus' around the University of New Hampshire.

If, one of these days, we want to get a scholarly examination of this subject matter, we could think of Dr. Steinmetz, if she is still doing this type of scholarship.

From a professional involvement over the years, I know what you are speaking about. I remember one time we had a husband break down a couple of doors and literally come into the shelter. That did not faze me at all.

The next day, I phoned him, and he said, "I have been expecting you to call. I have seen you on television." I said, "Well, you must come over here and talk to me, because we have a few things to talk about, including the repair of this door."

It was fascinating because the wife was concerned that I would bring down the heavy hand of a prosecution. It was a very touchy situation. He came and when he sat down to talk to me, he cried like a baby while he talked about his frustration. When that was all finished and he was ready to go, I reminded him about the door. He told me not to worry, that he would repair the door himself. He went out, bought a new door, bought paint and repaired it.

It is just a question of how we approach these problems. Often in these intimate affairs, people have very little insight into why they feel what they feel, and why they react the way they do.

I am encouraged by your approach. Thank you.

[Translation]

Senator Chaput: I am sorry, I was absent during your presentation. Perhaps you already answered my question.

Pour faire suite, non, on n'est pas allé avec le processus, mais on sait combien cela a été important pour eux dans leur milieu familial.

C'est peut-être l'exemple que je pourrais vous donner en rapport avec votre questionnement.

[Traduction]

Le sénateur Cools : Vous venez de dire une chose extrêmement importante car les relations humaines dans ces cas-là sont très intimes, très étroites et les intéressés sont très vulnérables. Il faut donc les aborder avec la plus grande délicatesse. Il faut faire prendre conscience de ce comportement agressif et de l'interrelation car très souvent ce n'est pas à cause de lui ou à cause d'elle mais plutôt à cause des deux ensembles. Par conséquent, je trouve très encourageante votre façon de faire car à mon avis c'est celle qui de loin donne les meilleurs résultats et celle qui est la plus efficace.

Madame la présidente, au cas où cela nous aurait échappé, aux États-Unis, la Dre Susan Steinmetz est une des sommités en matière de maltraitance physique des personnes âgées. Elle faisait partie du groupe d'origine qui travaillait avec le Dr Murray Straus à l'Université du New Hampshire.

Si nous décidons un jour de faire une étude approfondie de cette question, nous pourrions songer au Dr Steinmetz, si toutefois elle œuvre encore dans ce domaine.

Grâce à mes activités professionnelles au fil des ans, je sais de quoi vous parlez. Je me souviens du cas d'un mari qui avait défoncé quelques portes pour littéralement pénétrer dans le refuge. Je ne me suis pas démontée.

Le lendemain, je lui ai téléphoné et il m'a dit : « Je m'attendais à votre appel. Je vous ai vue à la télévision ». J'ai répondu : « Je vous attends pour vous parler car nous avons certaines choses à nous dire, y compris ce que vous allez faire pour réparer la porte ».

La situation était intéressante car sa femme craignait que j'intente de redoutables poursuites. La situation était très délicate. Le mari s'est donc présenté et s'est assis pour me parler; en évoquant sa frustration, il pleurait à chaudes larmes. En fin de conversation, au moment où il partait, je lui ai rappelé l'histoire de la porte. Il m'a dit de ne pas m'inquiéter qu'il la réparerait lui-même. Ce qu'il a fait en achetant une nouvelle porte, la peignant et l'installant.

Tout dépend de la façon dont nous abordons ces problèmes. Très souvent dans les relations intimes, les gens comprennent très mal la raison pour laquelle ils ressentent ce qu'ils ressentent et pourquoi ils réagissent comme ils le font.

Je trouve votre façon de voir les choses encourageante. Merci.

[Français]

Le sénateur Chaput : Je suis désolée, j'étais absente lors de vos présentations. Vous avez peut-être déjà répondu à mes questions.

Ms. Gravel, yours is a profit-making organization. Do you have access to aid or subsidies from any level of government, be it federal, provincial or municipal?

Ms. Gravel: Not at all. However, precisely because of the magnitude of our activities right now, I think I won't have any choice but to seek such help. Obviously, this is a niche that we want to continue to develop. These are services that we want to continue to develop.

There is no doubt that eventually, given that we have increasing demand from our candidates as well as from our clients, we will have to find ways and means, especially for the nanny service, because for other things, private enterprises are able to pay. If nothing else is done for young families who need assistance, it would be important to find some incentive, to do something that could help us continue to offer this service in the future, as well as all the others, notably the volunteer doctors. That is obvious.

Senator Chaput: Do you have a target clientele?

Ms. Gravel: The candidate clientele or the —

Senator Chaput: Of your services.

Ms. Gravel: The answer is no, in the sense that we were the only ones to position ourselves in the niche where we help pre-retirees and retirees find a job if they want one. The rest of our clients are from all kinds of sectors, both institutional and private enterprises.

I would like to add that the different levels of government could do something regarding the tax aspect. Several of our retirees have gone back to work and are penalized because their pension income is reduced. I think that in the future, we will have no choice but to address that more seriously.

Senator Chaput: You say we must address that issue; is there a recommendation that comes to mind as an example?

Ms. Gravel: I have nothing specific. What we do know particularly is that our retirees earn rather low wages all their lives and when they decide to go back to work because they need the money, in some cases there are penalized when they declare additional income, and yet often it is very minimal.

I cannot give you any exact percentages, but I think we have to help them so that they feel encouraged not only by companies who open their doors to them, but also by the government which, from a taxation standpoint, could find a way to ease their tax burden.

I think that we are coming to that indirectly. If we want to encourage people to go back to work, and I think we will have no choice but to do so, there will have to be these incentives because there are many who feel like going back to work, but who do not do so because they say it will cost them too much. That is all.

Madame Gravel, vous êtes à but lucratif. Avez-vous accès à de l'aide ou des subventions de paliers de gouvernements, que ce soit fédéral, provincial ou municipal?

Mme Gravel : Pas du tout. Par contre, justement avec l'ampleur que prennent nos actions en ce moment, je pense que je n'aurai pas de choix que d'aller en chercher. Manifestement, c'est un créneau qu'on veut continuer à développer. Ce sont des services qu'on veut continuer à développer.

C'est sûr qu'éventuellement, étant donné qu'on a de plus en plus de demandes de la part de nos candidats et aussi de la part de nos clients, il va falloir trouver des façons, particulièrement pour le service de nounous, parce que pour le reste les entreprises privées sont capables de payer. Ne serait-ce que pour les jeunes familles qui ont besoin d'aide, trouver une mesure incitative, faire quelque chose qui pourrait nous aider à continuer à offrir ce service dans le futur, et tous les autres, notamment celui des médecins bénévoles, c'est évident.

Le sénateur Chaput : Avez-vous une clientèle cible?

Mme Gravel : La clientèle des candidats ou la clientèle des ...

Le sénateur Chaput : De vos services.

Mme Gravel : La réponse est non, dans le sens qu'on est les seuls à se positionner avec un créneau où l'on va aider les gens préretraités et retraités à retrouver un emploi s'ils le veulent. Pour le reste, nos clients sont de tout acabit, autant dans le secteur institutionnel que dans l'entreprise privée.

J'aimerais ajouter que les différents paliers de gouvernement pourraient faire quelque chose ce qui concerne l'aspect fiscal. Il y a plusieurs de nos retraités qui retournent travailler et qui sont pénalisés sur le régime de retraite. Je pense que dans le futur on n'aura pas le choix de se pencher là-dessus de façon assidue.

Le sénateur Chaput : Quand vous dites vous pencher sur cette question-là, est-ce qu'il y a déjà une recommandation qui vous vient à l'idée à titre d'exemple?

Mme Gravel : Je n'ai rien de précis. On sait particulièrement que nos personnes retraitées ont eu des salaires pas très élevés toute leur vie et quand elles décident de retourner travailler parce qu'elles en ont besoin, dans certains cas elles sont pénalisées lorsqu'elles vont déclarer un revenu supplémentaire, et souvent c'est très petit, c'est minime.

Je ne peux pas vous donner de proportion, mais je pense qu'il va falloir les aider à ce qu'ils se sentent encourager non seulement de la part des entreprises qui vont leur ouvrir les portes, mais aussi de la part du gouvernement qui, fiscalement, pourrait voir une façon d'alléger leur fardeau fiscal.

Je pense qu'on en vient à cela indirectement. Si on veut encourager les gens à retourner travailler, et je pense qu'on n'aura pas le choix de le faire, il va falloir qu'il y ait de tels incitatifs, parce qu'il y en a plusieurs qui ont le goût de retourner travailler, mais qui ne le font pas parce qu'ils disent que cela va leur coûter trop cher. C'est tout.

Senator Chaput: In your experience, what has been the biggest challenge in establishing and operating an enterprise like yours?

Ms. Gravel: Good question. You know, whenever something is new, I would say that there is always some part of — There is no resistance to change in this case because I would say that up to a point, people said that it was almost virtuous for a private company to conduct itself this way. But I am not that naïve. I know full well that this is a niche with a future, economically speaking as well.

So for a business woman like me, as I said, this is a niche that represents about 10 per cent of my sales, but that does increase month after month because on the one hand, the labour force shortage is growing, but on the other hand, and fortunately, companies feel increasingly that this is a high-quality work force and that we must either conserve it or hire it.

Senator Chaput: If you were to leave tomorrow morning, is there someone else who could do the same type of work? Would there be a succession?

Ms. Gravel: I spend my life trying to find a succession!

We discuss this a lot. I have the good fortune of having quite a broad window on what we do. I look at all these recruitment agencies and I see that more and more of them are saying “Well, this might not be such a bad idea.” They will be far more open to this.

There is one thing I must tell you. In the private sector, what people look for first and foremost is to make money quickly. When discussing my competitors in the recruitment sector, what our older candidates say to us is that they bring their CVs to a recruitment agency and are told “It’s too bad, but there is no room for you.” With me, it’s the reverse.

What we did was build this bank with exceptional expertise, as well as raise public awareness, and we told companies “look how much qualified personnel we have.”

I would cite as an example secretaries who are over 50 years of age. We do a lot of outsourcing with those people. Outsourcing means that these remain my employees, I pay them, but I would say that I rent them to various clients. Secretaries over 50 have exceptionally good French. These are people who took the trouble to acquire computer skills and who because of their experience integrate easily into a new work place. So that is the greatest resource for our companies right now, and those people are in such great demand, you can’t even imagine.

We are talking about secretaries, but we have to capitalize on all occupations and sectors of activity. I’m convinced that within two years, the skills that companies will want to get are those of people aged 50 and over.

Le sénateur Chaput : D’après votre expérience, quel a été le plus grand défi de mettre sur pied et de faire fonctionner une entreprise comme la vôtre?

Mme Gravel : Bonne question. Vous savez, tout ce qui est nouveau, je dirais qu’il y a toujours d’une part ... il n’y a pas eu de résistance au changement dans ce cas-ci parce que je dirais jusqu’à un certain point, les gens disaient c’est presque vertueux pour une entreprise privée d’agir de cette façon-là. Mais je ne suis pas naïve à ce point-là. Je sais pertinemment que c’est un créneau porteur d’avenir, économiquement parlant aussi.

Donc, pour une femme d’affaires comme moi, comme je vous dis, c’est une niche qui représente à peu près 10 p. 100 de mon chiffre d’affaires, mais qui grossit de mois en mois, parce que d’une part, la pénurie de main-d’œuvre est croissante, mais d’autre part, et heureusement, les entreprises considèrent de plus en plus que c’est une main-d’œuvre de qualité et qu’il faut soit la conserver ou soit l’engager.

Le sénateur Chaput : Si vous quittiez demain matin, est-ce qu’il y a une autre personne qui pourrait faire le même genre de travail? Est-ce qu’il y aurait une relève?

Mme Gravel : Ma vie se passe à essayer de trouver de la relève!

On en parle beaucoup. J’ai la chance d’avoir une vitrine quand même assez vaste sur ce qu’on fait. Je regarde l’ensemble des agences de recrutement et de plus en plus, elles vont se dire, « Ce n’est peut-être pas bête ». Elles vont avoir une ouverture beaucoup plus grande.

Il y a une chose qu’il faut que je vous dise aussi. Dans le privé, ce qu’on cherche dans un premier temps, c’est de faire de l’argent rapidement. Concernant mes concurrents du secteur du recrutement, ce que nos candidats plus âgés nous disaient est qu’ils vont porter leur c.v. dans une agence de recrutement et ils leur disent « C’est dommage, il n’y a pas de place pour vous ». Moi, c’est l’inverse.

C’était de monter cette banque-là d’expertises exceptionnelles et de faire aussi la sensibilisation publique, et dire aux entreprises, « Regardez jusqu’à quel point on a de la main-d’œuvre qualifiée ».

Je vous donnerais en exemple les secrétaires qui sont âgées de 50 ans et plus. On fait beaucoup d’impartition avec ces gens-là. L’impartition c’est que cela demeure mes employés, c’est moi qui les paye, mais je dirais, qu’on les loue à différents clients. Les secrétaires de 50 ans et plus ont une qualité de la langue française exceptionnelle. Ce sont des gens qui ont pris la peine de se recycler en informatiques, et ce sont des gens qui, par leur expérience, s’intègrent facilement dans un nouveau milieu. C’est donc la plus belle ressource pour nos entreprises actuellement, et ces gens-là sont en demande vous ne pouvez pas vous imaginer comment.

On parle des secrétaires, maintenant il faut capitaliser sur tous les ordres professionnels et tous les secteurs d’activités. Je suis convaincue que d’ici deux ans, les compétences que les entreprises voudront aller chercher, ce sera des compétences qui sont issues de gens de 50 ans et plus.

Senator Chaput: In your case, you're completely independent right now because you have not fallen into the trap of getting government subsidies, if I can state it that way. You are completely independent.

Ms. Gravel: Absolutely.

Senator Chaput: But if at some point you were forced to go a bit further to continue to offer these services, for example by getting access to tax credits, would that be good for your company?

Ms. Gravel: Yes, definitely.

When you try something new, you're feeling your way around and you never know how people will respond to something new. In this case, we know full well that this is a growing phenomenon, and as the gentleman was saying earlier, I think that it would be a very good thing if this were to be done throughout the country, for all kinds of reasons, both economic and social. There is no doubt that at one point a private company that has given itself a social mission — and not all private companies have done so — realizes that if the service they provide makes sense, at some point they will need assistance to make sure it is ongoing.

Senator Chaput: I have a brief question for Ms. Morin.

You say that your association is engaged in informing and training senior citizens. In your experience, Madam, what is the most effective way to inform senior citizens? We know that as people grow older, the information that is most readily available to them is not necessarily the same information that is available to young people.

What is the most effective way to keep in touch with your clientele, in terms of informing them and preparing them for the future?

Ms. Morin: As I just mentioned, regarding information, it has to do with meeting people in person. People's presence is what really counts, and not only a one-time presence. We really must go at it again and again in order to make ourselves known to them. When we meet with groups, when people exchange ideas, when dialogue is encouraged, the things that people confide to the group are quite extraordinary. This is of the utmost importance. We did not stop at the residence level. Let us take pharmacies for one — many senior citizens are to be found in pharmacies at any given time.

We carried out a project for contacting our clientele of senior citizens. We spent two or three weekends distributing information and flyers to senior citizens.

This involves being present on the ground. The more senior citizens hear about us, the more efficient we get. We can also see this in the number of returned calls and other subsequent interventions.

Senator Chaput: How many people do you contact on a yearly basis?

Le sénateur Chaput : Dans votre cas, vous êtes présentement totalement indépendante parce que vous ne tombez pas dans le piège de recevoir des subventions du gouvernement, si je peux l'appeler ainsi. Vous êtes totalement indépendante.

Mme Gravel : Tout à fait.

Le sénateur Chaput : Mais si, à un moment donné, vous êtes obligée d'aller un peu plus loin pour continuer à offrir ces services, à titre d'exemple, avoir accès à des crédits d'impôt, est-ce que ce serait bien pour votre entreprise?

Mme Gravel : Oui, définitivement.

Quand on essaie quelque chose de nouveau, on tâte le terrain et on ne sait jamais comment les gens vont répondre à un nouveau. Dans ce cas-ci, on sait pertinemment que cela prend de l'ampleur et, un peu comme monsieur le disait tout à l'heure, je pense que cela a tout avantage à être éparpillé partout à travers le pays, pour toutes sortes de raisons, économiques et sociales. C'est sûr qu'à un moment donné une entreprise privée qui s'est donné une mission sociale, et ce ne sont pas toutes les entreprises privées qui l'ont fait, lorsqu'on se rend compte que le service qu'on offre fait du sens, c'est sûr qu'à un moment donné on a besoin d'aide pour lui assurer une pérennité.

Le sénateur Chaput : Une question brève pour Madame Morin.

Pour votre association, vous dites « pour l'information et la formation des aînés ». Dans votre expérience, Madame, quelle est la façon qui a le plus de résultats pour informer les aînés? On sait que quand la personne avance en âge, l'information qui la rejoint le plus facilement n'est pas nécessairement l'information qui rejoindrait la jeunesse.

Qu'est-ce qui est le plus efficace pour rejoindre la clientèle que vous servez, en termes d'information pour justement les préparer à faire face à ce qui pourrait leur arriver?

Mme Morin : Comme je l'ai mentionné tout à l'heure, au niveau de l'information, c'est d'aller rencontrer les gens. C'est vraiment la présence, et pas seulement une fois. Il faut vraiment y aller de façon récurrente pour qu'ils nous connaissent. Quand on rencontre des groupes, quand les gens échangent entre eux, qu'on laisse place à ces échanges, c'est assez extraordinaire les confidences qui se font en groupe. C'est extrêmement important. On n'est pas juste allé au niveau des résidences. Pensons seulement aux pharmacies, combien de personnes aînées sont dans les pharmacies.

On avait fait un projet où pendant deux ou trois fins de semaine, on donnait de l'information, des dépliants, pour rejoindre la clientèle des aînés.

C'est d'être sur le terrain, c'est d'être présent. Plus les aînés entendent parler de nous, plus c'est efficace. On le voit aussi par le retour des appels et dans les interventions par la suite.

Le sénateur Chaput : Annuellement, combien de gens rejoignez-vous?

Ms. Morin: On a yearly basis, strangely enough, it is like the tip of an iceberg. We realize that the more we talk about it, the more telephone calls we receive and the more people we reach. I could say that within a given year, we reached out to at least 4,000 or 5,000 persons in our region, through trade fairs and regional county municipalities. And that is simply our area.

[English]

The Chair: I want to thank Ms. Gravel and Ms. Morin for their presentation. You are both obviously providing an extremely important service to this community. We hope that by your example others will do the same in other communities across the country.

The committee adjourned.

SHERBROOKE, Quebec, Friday, May 16, 2008

The Special Senate Committee on Aging met this day at 1:06 p.m. to examine and report upon the implications of an aging society in Canada.

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

[Translation]

The Chair: We have the pleasure today of welcoming Mr. William Murray, on behalf of the Conseil des aînés du Québec, Mr. Paul Rodrigue and Mr. Jacques Demers, from the Table régionale de concertation des aînés et des retraités de l'Estrie, and Mr. Gilles Beaulieu, from the University of the Third Age.

I welcome you on behalf of my colleagues.

William Murray, Research Officer, Conseil des aînés du Québec: Thank you, Madam Chair. I am very pleased to present to you the Conseil des aînés' position on aging, a position that is very general and very brief.

On behalf of the council, I would like to inform you that we are very pleased that the Senate has taken an interest in the general issue of aging. I believe that reflects the growing interest in our policies on this matter. We know very well that, here in Quebec, we have observed that the media are not that interested in aging, or are so in a more or less biased manner.

For example, we had the consultation of Ms. Blais, Quebec's minister for seniors, which was pushed aside by the Bouchard-Taylor commission on intercultural relations. Immigration is a very important issue, but, at the same time, aging will affect everyone in the same way as, and perhaps even more than, intercultural relations, which concern the urban and metropolitan centres in Quebec.

Aging concerns everyone, all of society, whether we are young or old. The senior population in Quebec will eventually be very large, which will have a significant impact on policies.

Mme Morin : Annuellement, cela fait drôle à dire, quand on parle de la pointe de l'iceberg, on réalise que plus on en parle, plus on a des téléphones, plus on rejoint des gens. Je vous dirais que facilement dans une année on va rejoindre, dépendamment avec les salons et les MRC, au moins 4 000 à 5 000 personnes pour notre région. Et là, on parle simplement de notre source.

[Traduction]

La présidente : Je tiens à remercier Mmes Gravel et Morin de leur exposé. Toutes les deux, vous fournissez manifestement un service capital à votre collectivité. J'espère que d'autres collectivités ailleurs au Canada prendront exemple sur vous.

La séance est levée.

SHERBROOKE, Québec, le vendredi 16 mai 2008

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 13 h 6, pour examiner les répercussions du vieillissement sur la société canadienne.

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

[Français]

La présidente : Nous avons le plaisir d'accueillir aujourd'hui au nom du Conseil des aînés du Québec, M. William Murray; de la Table régionale de concertation des aînés et des retraités de l'Estrie, M. Paul Rodrigue et M. Jacques Demers; et de l'Université du troisième âge, M. Gilles Beaulieu.

Au nom de mes collègues, je vous souhaite la bienvenue.

William Murray, agent de recherche, Conseil des aînés du Québec : Madame la présidente, je vous remercie. Je suis très heureux de vous présenter la position du Conseil des aînés en matière du vieillissement, une position qui est très générale et très succincte.

Au nom du conseil, j'aimerais vous communiquer que nous sommes très contents que le Sénat se soit intéressé à cette question générale du vieillissement. Je crois que cela reflète un intérêt grandissant de nos politiques face à ce phénomène. Nous savons très bien qu'ici au Québec nous avons pu constater que les médias s'intéressent plus ou moins au phénomène du vieillissement ou de façon plus ou moins biaisée.

À titre d'exemple, nous avons eu la consultation de Mme Blais, la ministre aux aînés du Québec, qui a été assez mise de côté par la commission Bouchard-Taylor sur les relations interculturelles. L'immigration est un enjeu fort important, mais en même temps le vieillissement touchera tout le monde au même titre, et peut-être même plus encore que les relations interculturelles, qui concernent les centres urbains et métropolitains au Québec.

Le vieillissement concerne tout le monde, toute la société, que nous soyons jeunes ou vieux. Éventuellement au Québec, la population d'aînés sera très importante, ce qui influencera de façon significative les politiques.

I would like to talk to you first about the role of the Conseil des aînés, which in fact is essentially governmental. It is to advise the Quebec government on aging and demographic change, but also on individual aging, how people can live in their communities and how they can age in good health, how to address these problems in cases of vulnerability or exclusion.

I am going to try to focus my presentation as much as possible on the second report tabled by the Senate committee, then address a series of issues in the context of the discussions. All the issues addressed in the Senate committee's second report concern, to the highest degree, the Conseil des aînés, which has issued opinions on those questions. I will therefore be very much open to discussing your main concerns with you.

As I have used the Internet version of the report, I may refer you to pages that are not those of the report that was distributed to me earlier. On page 5 of my version, so probably page 2 of your report, under the title "Defining Seniors," the council has a role in conveying a positive image of aging among the Quebec population. That is one of the official mandates in the act and it defines the mandate of the Conseil des aînés.

When we act in the field, we try to act on the basis of positive images, relying on the fact that seniors are not systematically people who are losing their abilities. On the contrary, we know that seniors participate very significantly in society, both financially and socially, and we prefer to emphasize that point.

That is why, where reference is made, on page 2 of your version of the report, to aging as meaning the onset of functional or social problems, we feel that these are ageist assumptions underlying the definition, and we cannot support this type of definition of aging. We prefer a more traditional, chronological version of aging, while clarifying various problems, various aspects of life that change as the life cycle evolves.

There are definitely adjustment needs when people age, and that affects various aspects, which you mention in the report, and which I found very interesting. I thought this was an excellent summary of all the issues related to society's adjustment to what will be the major phenomenon of aging in the coming years.

The various aspects concerned are the funding of various programs, integration of services, the adjustment of health services in general, but also of community services, transportation services, support for family, that is caregivers. I am going to take them one by one and refer to the guidelines, which we can discuss later.

J'aimerais vous parler, dans un premier temps, du rôle du Conseil des aînés, rôle qui est en fait essentiellement gouvernemental; c'est de conseiller le gouvernement du Québec en matière de vieillissement, en matière de changements démographiques, mais aussi en matière de vieillissement individuel, comment les gens peuvent bien vivre dans leurs communautés et comment ils peuvent vieillir en santé, comment pallier ces problèmes dans des cas où il y a vulnérabilité ou exclusion.

Je vais essayer de centrer au maximum ma présentation sur le second rapport qui a été proposé par le comité sénatorial, pour ensuite aborder, dans le cadre de discussions, un ensemble d'enjeux. Tous les enjeux qui ont été abordés dans le cadre du second rapport du comité sénatorial concernent au plus haut point le Conseil des aînés qui a émis des avis sur ces questions. Je serai donc très ouvert à discuter avec vous sur vos préoccupations principales.

J'ai utilisé la version Internet du rapport, donc je vais peut-être vous référer à des pages qui ne sont pas celles du rapport qu'on m'a remis tout à l'heure. En page 5 de ma version, donc probablement en page 2 de votre rapport sous le titre « Définition du vieillissement », Le conseil a un rôle de véhiculer une image positive du vieillissement au sein de la population québécoise. C'est un des mandats officiels inscrit dans la loi et qui définit le mandat du Conseil des aînés.

Lorsque nous agissons sur le terrain, nous tentons d'agir sur des images positives en misant sur le fait que les aînés ne sont pas systématiquement des gens en perte de capacité. Au contraire, nous savons que les aînés participent de façon très importante tant sur le plan financier que social, que filial, dans la société, et c'est sur ce point que nous préférons insister.

C'est pourquoi qu'en page 2 de votre version du rapport, lorsqu'on parle du vieillissement comme l'apparition de problèmes fonctionnels ou sociaux, pour nous ce sont des présupposés âgistes sous-jacents à cette définition, et nous ne pouvons pas adhérer à ce type de définition du vieillissement. Nous préférons adhérer à une version plus traditionnelle, chronologique du vieillissement, tout en décantant différents problèmes, différents aspects de la vie qui change selon l'évolution du cycle de vie.

Il y a certainement des besoins d'adaptation quand les personnes vieillissent, et cela se répercute sur différents aspects, que vous mentionnez très bien dans le rapport, et que j'ai trouvés fort intéressants. J'ai trouvé que c'était une excellente synthèse de l'ensemble des enjeux qui sont reliés à l'adaptation de la société à ce phénomène important que sera le vieillissement dans les prochaines années.

Les différents aspects concernés sont le financement de différents programmes, l'intégration des services, l'adaptation des services de santé de façon générale, mais aussi des services communautaires, les services de transport, et le soutien aux proches, soit les aidants. Je vais les prendre un par un et évoquer les lignes directrices sur lesquelles nous pourrions discuter tout à l'heure.

With respect to the funding of various programs, regardless of level of government, I believe that the report you have issued focuses more on the role of the federal government, and that is readily understood. I would like to state a guiding principle, which is that of the Conseil des aînés du Québec, when the time comes to discuss the funding of programs in the Province of Quebec. I believe that can apply to the way in which relations between the federal government, the provinces and territories are managed for the future.

Earlier I was listening to the testimony of this morning's speakers, first of all Mr. Hébert, who said we especially should not start establishing standards in the provincial or territorial health systems other than those that already exist and which are highly complex. That is what I understood from his speech. I am very familiar with his speech, but I believe this is an important point in the management of resources. It applies to health, but also in all fields.

Ms. Gravel told us about her experience in the field, which involves taking local needs and channelling them in order to generate not only financial wealth, but social and collective wealth as well. I believe this is a much more relevant approach than a general standards and objectives approach that is imposed on cities and towns and is not all that appropriate to the situation. If we want to talk about efficiency and effectiveness, if we want to be pragmatic, I believe we have to act on the basis of the cities and towns, first and foremost, and that is the council's position.

We are in favour of program funding. Having organizations in an attempt to decentralize as far as possible is also something the council has included among its orientations. That is the guideline I would like to discuss with you later with regard to funding for the systems as a whole.

The Senate Committee's report mentions certain aspects such as drug insurance, home care and gerontology training, all aspects in which it would perhaps be preferable, from the standpoint of the federation as a whole, to let the communities organize matters based on local needs.

It seems to me that the pragmatic approaches such as Ms. Gravel's non-profit organization, without being funded at the outset, have achieved positive results and a very significant impact. Why not support projects like that rather than establish general standards?

We do not have to duplicate programs as much as possible. Your report talks about integrating services in the health community. I have read a lot of reports on the subject. I was a professional in Quebec's health department for nearly six years, and that is my specialty, if you will. I have read a few reports by Senator Keon.

Integrating services is very effective in the health field. Integration developed as an organizational technique in the health field because the means were there to do so, because people understood first of all that this is a complex system, but a system

Pour ce qui est du financement des différents programmes, peu importe le palier du gouvernement, je crois que le rapport que vous avez émis est plus axé sur le rôle du gouvernement fédéral, et cela se comprend très bien. J'aimerais énoncer un principe directeur, qui est celui du Conseil des aînés du Québec, au moment de discuter de financement de programmes au sein de la province du Québec. Je crois que cela peut s'appliquer à la façon de gérer les relations entre le fédéral, les provinces et les territoires pour l'avenir.

J'écoutais tout à l'heure les témoignages des intervenants de ce matin; d'abord M. Hébert, qui disait qu'il ne faut surtout pas commencer à établir des normes dans le réseau de la santé provincial ou des territoires autres que celles qui existent déjà et qui sont très complexes. C'est ce que j'ai compris de son discours. Je connais bien son discours, mais je crois que c'est un point important dans la gestion des ressources. Cela s'applique en santé, mais aussi dans tous les domaines.

De son côté, Mme Gravel nous a parlé de son expérience sur le terrain, qui est de prendre des besoins locaux et de les canaliser pour générer non seulement la richesse financière, mais la richesse sociale et collective. Je crois que c'est une approche qui a beaucoup plus d'impact sur le plan de la pertinence, qu'une approche de normes et d'objectifs généraux que l'on vient imposer à des localités et qui collent plus ou moins aux réalités. Si on veut parler d'efficacité et d'efficacités, si nous voulons être pragmatiques, je crois qu'il faut agir en fonction des localités d'abord et avant tout, et c'est la position du conseil.

Nous sommes en faveur avec le financement des programmes. Des organismes pour tenter de décentraliser au maximum, c'est aussi l'orientation qu'a prise le conseil parmi ses propres orientations. C'est la ligne directrice que j'aimerais discuter avec vous plus tard pour ce qui est du financement de l'ensemble des systèmes.

Le rapport du Comité sénatorial fait mention de certains éléments, par exemple, l'assurance-médicament, les soins à domicile, la formation en gérontologie, tous des aspects dans lesquels il serait peut-être préférable, du point de vue de la fédération dans son ensemble, de laisser les communautés s'organiser en fonction des besoins locaux.

Il me semble que les approches pragmatiques comme l'organisme à but lucratif de Mme Gravel, sans être financée au départ, ait eu des résultats positifs et un impact très important. Pourquoi ne pas soutenir des projets comme celui-là plutôt qu'établir des normes générales?

On n'a pas à dupliquer les programmes autant que possible. Votre rapport parle d'intégration des services dans le milieu de la santé. J'ai moi-même lu beaucoup de rapports sur le sujet. J'ai été professionnel au ministère de la Santé du Québec pendant près de six ans et c'était ma spécialité, si l'on veut. J'ai lu quelques rapports du sénateur Keon.

Intégrer les services, c'est très efficace en santé. L'intégration s'est développée comme technique organisationnelle dans le milieu de la santé parce qu'on a eu le moyen de le faire, parce qu'on a compris tout d'abord que c'est un système complexe, mais

that aims to achieve the same ends. When you aim to provide support for seniors more generally, I believe the same principle applies.

Acting locally, acting in a coordinated manner, but not just from a health or social services perspective: these are more silos that we are creating here. This means involving people who are linked to the transportation sector, who form community organizations; all these players can be active and act in a coordinated manner. We are talking about social adjustment here, not just about the adjustment of systems that are formally and commonly funded by our governments.

I believe this approach should be developed and scientifically documented first before it appears in the policies. I think that the aging study is a good opportunity to review certain governance methods in the provinces and territories, but also in the federal government, which, as I said earlier, I see more as a source of funding, but at the same time as something that can set clear objectives and, as Dr. Hébert said this morning, which could serve as a lever for the provinces, territories and regions in supporting certain policies that correspond to our values as Canadians.

In this service integration context, which I view more broadly, why not also promote the participation, the empowerment of our seniors as much as possible, and why not society as a whole? Your report was very clear-sighted in stating that people's involvement in volunteer work or in social participation, in the board sense here, begins at a younger age. If university students start getting involved in student associations, they will develop habits of social conscience and involvement that will continue as they age.

My final remarks concern federal transfers. This sometimes applies to certain provincial programs as well. We must ensure that funding continues. For example, there is no guarantee that the Canada health transfer will continue; it is only a 10-year agreement.

How do we go about ensuring that these social adjustment methods, which are developing through supplementary funding, can be maintained? When you change a social adjustment structure in the face of a phenomenon like aging, it is subsequently very hard to change it. It takes at least five to 10 years to adjust a system to a social phenomenon.

In the time it takes to fund a certain number of systems, the system is barely established, and if funding is stopped, everything has to start over from scratch. It is not logical or prudent for a government, whatever it may be, to operate in this way.

Paul Rodrigue, Treasurer, Table régionale de concertation des aînés et des retraités de l'Estrie: Madam Chair, I would like to thank you for coming to Sherbrooke to meet with us.

un système qui vise les mêmes fins. Quand on vise un soutien aux aînés de façon plus générale, je crois que le même principe s'applique.

Agir localement, agir de façon coordonnée, mais pas seulement d'un point de vue santé ou services sociaux, c'est encore des silos qu'on crée ici. C'est d'impliquer des gens qui sont liés au milieu du transport, qui sont les organismes communautaires, tous ces acteurs peuvent être actifs et agir de façon coordonnée. On parle d'adaptation sociale ici, on ne parle pas seulement d'adaptation de systèmes financés de façon formelle et de façon courante par nos gouvernements.

Cette approche, je crois, doit être développée; elle doit être documentée sur le plan scientifique d'abord, avant d'apparaître dans les politiques. Je pense que l'étude sur le vieillissement est une bonne occasion pour revoir certains modes de gouvernance dans les provinces et territoires, mais aussi au gouvernement fédéral, que je vois, comme je le disais tout à l'heure, davantage comme une source de financement, mais en même temps quelqu'un qui peut poser des objectifs clairs et, comme le disait le Dr Hébert ce matin, qui pourrait servir de levier pour les provinces, les territoires et les régions pour appuyer certaines politiques qui correspondent à nos valeurs comme population canadienne.

Dans ce cadre d'intégration des services que je vois de façon plus large, pourquoi ne pas aussi favoriser au maximum la participation, l'« empowerment » de nos personnes âgées, et pourquoi pas l'ensemble de la société. Votre rapport a été très clairvoyant quand il parle que l'implication des gens sur le plan du bénévolat ou sur le plan de la participation sociale, au sens large ici, elle commence à un plus jeune âge. Si un étudiant à l'université commence à s'impliquer dans les associations étudiantes, il va développer des habitudes de conscience sociale et d'implication qui vont se perpétuer en vieillissant.

Ma dernière remarque concerne les transferts fédéraux. Cela s'applique aussi parfois à certains programmes provinciaux. Il faut assurer la pérennité des financements. À titre d'exemple, la pérennité n'est pas assurée pour le transfert canadien pour la santé, ce n'est qu'une entente sur dix ans.

Comment faire pour que ces modes d'adaptation sociale qui se développent à partir de fonds supplémentaires puissent être maintenus? Quand on change une structure d'adaptation sociale face à un phénomène tel le vieillissement, c'est très difficile de la changer par la suite. Cela prend au moins cinq à dix ans avant d'adapter un système à un phénomène social.

Le temps qu'on prend pour financer un certain nombre de systèmes, le système est à peine implanté qu'on arrête le financement et tout est à recommencer à zéro. Ce n'est pas logique, ce n'est pas prudent de la part d'un gouvernement, quel qu'il soit, de fonctionner de cette façon.

Paul Rodrigue, trésorier, Table régionale de concertation des aînés et des retraités de l'Estrie : Madame la présidente, j'aimerais vous remercier d'être venu à Sherbrooke pour nous rencontrer.

It would take about 10 to 12 minutes to read the brief that I have sent you. Since I was told not to take more than five minutes, I have condensed it.

We read with interest both draft reports that you have prepared. They contain enough material for hours of exchange and discussion. We will therefore limit ourselves to the essential, and we will leave the specialized groups to share their expertise in their respective fields.

First, we will discuss the ministère de la Famille et des Aînés, the Department of Seniors. The Table régionale de concertation des aînés de l'Estrie was one of the first to request the establishment of such a department in Ottawa. As for the Conférence des tables régionales, the regional steering committee conference, it sent a resolution calling for the establishment of a portfolio department at the federal and provincial levels.

One of the regional steering committee's concerns is the poverty and low incomes of elderly persons. We have undertaken some initiatives and supported all approaches aiming to improve the situations of vulnerable seniors. Statistics Canada has established \$21,665 as Canada's poverty threshold. The Canada Pension Plan, the Guaranteed Income Supplement and the Quebec Pension Plan together add up to about \$15,800. It is important for the total of these benefits to amount to at least the poverty threshold. It is vital that our elderly people no longer have to choose between food, medications, dental care and glasses.

In addition, special consideration should be given to widows aged 55 to 65 who have earned no income and are living in particularly precarious circumstances. I am sure you know of some in your circle.

It is incomprehensible that the Canadian government has not yet implemented automatic enrolment in the Guaranteed Income Supplement. This unfairness must be corrected for people who are entitled to, but have not claimed their benefits for one reason or another. We therefore insist on an automatic GIS enrolment and retroactive payments to those who are entitled to but have not yet received them.

Volunteer work in Canada has been valued at several billions of dollars. This volunteer work represents enormous savings for the country. A great deal of this work is done by seniors, the majority of whom are women. Many volunteers must spend from their own pockets in order to provide these services. And elderly volunteer workers certainly get tired easily. The value of this work should be recognized by implementing financial measures in support.

Because many seniors pay little or no taxes, fiscal measures are perhaps not the best solution in this case. We should consider financial compensation in the form of training for volunteers, reimbursement of expenses involved in doing volunteer work, and assistance to volunteer organizations.

How can we talk about volunteer work without mentioning the special challenges faced by family and neighbour caregivers? We would like to highlight three aspects that should be considered:

La lecture du mémoire que je vous ai fait parvenir prendrait environ 10 à 12 minutes. On m'a dit de ne pas prendre plus que cinq minutes, alors je l'ai condensé.

Nous avons lu avec intérêt les deux rapports préliminaires que vous avez produits. Il y a là du matériel pour plusieurs heures de discussions. Nous nous limiterons donc à l'essentiel et laisserons les groupes spécialisés partager l'expertise qu'ils ont dans leur domaine.

Parlons d'abord du ministère de la Famille et des aînés. La Table régionale de concertation des aînés de l'Estrie a été l'une des premières à demander la mise en place de ce ministère à Ottawa. La Conférence des tables régionales, quant à elle, a envoyé une résolution demandant l'établissement d'un ministère avec portefeuille au fédéral et au provincial.

Une des préoccupations de la Table régionale touche la pauvreté et les revenus des personnes âgées. Nous avons initié certaines démarches et appuyé toutes les démarches qui amélioreraient la situation des aînés vulnérables. Statistique Canada a établi à 21 665 \$ le seuil de pauvreté au Canada. Le combiné de la pension du Canada, du Supplément de revenu garanti et de la Régie des Rentes du Québec donne environ 15 800 \$. Il est important que le total de ces allocations soit au moins égal au seuil de la pauvreté. Il est capital que nos aînés n'aient plus à choisir entre la nourriture, les médicaments, les soins dentaires, les lunettes et l'habillement.

De plus, il faut porter une attention spéciale aux veuves de 55 à 65 ans qui n'ont pas eu de revenus d'emploi et qui se retrouvent dans des situations particulièrement précaires. Je suis certain que vous en connaissez dans votre entourage.

Il est incompréhensible que le gouvernement canadien n'ait pas encore mis en place de système d'adhésion automatique au Supplément de revenu garanti. Il faut corriger l'iniquité envers les personnes qui y avaient droit, mais qui ne l'ont pas réclamé pour toutes sortes de raisons. Nous insistons donc pour l'adhésion automatique au SRG et pour le versement d'un paiement rétroactif à tous ceux qui y avaient droit et qui ne l'ont pas reçu.

Ce sont plusieurs milliards de dollars que représente le bénévolat au Canada. Ce travail bénévole représente des économies colossales pour l'État. Les aînés, majoritairement des femmes, sont une partie très importante de ce travail. Plusieurs bénévoles doivent déboursier de leur poche pour rendre service. Les bénévoles aînés vieillissent et vivent un essoufflement certain. Il faut reconnaître la richesse de ce travail et mettre en place les mesures financières pour la préserver.

Comme plusieurs aînés ne paient pas ou peu d'impôt, les mesures fiscales ne sont peut-être pas des mesures à privilégier. Il faut penser à des compensations financières sous forme de formation de bénévoles, de remboursement des frais engagés pour le travail bénévole et d'aide aux organismes qui utilisent le service des bénévoles.

Comment parler de bénévolat sans songer aux défis particuliers des aidants naturels ou des proches aidants? Nous voulons souligner trois aspects qu'il faut considérer : premièrement, la

first, training to enable helpers to adequately accomplish their tasks; second, relief services for helpers; and, third, long-term care.

The Regroupement des aînés will speak on these subjects. As for us, we insist that training be given to home helpers and homecare providers.

Social economy cooperatives and housekeeping services have neither the material nor the financial resources to provide their employees with adequate training. The quality of interventions therefore suffers, and by the same token, beneficiaries suffer as well. This can lead to cases of mistreatment and violence.

Home care is a major concern for us, as are abuse and violence. We are constantly working to support the development of prevention and intervention tools for vulnerable seniors, and we must remain constantly vigilant.

Funding for services remains a key problem for the majority of groups who are working with seniors. We are convinced that part of Ottawa's surplus could be used to support the essential work of these groups.

The committee is also concerned about housing and accommodation for elderly persons. We advocate a relaxing of the rules of the Canada Mortgage and Housing Corporation to make rents more affordable, especially for low-cost housing. It is vital for building code requirements to take into account the day-to-day realities of people who have lost their independence or who live alone. We should promote services such as common rooms, shared kitchens, shopping services, and common laundries in low-cost housing arrangements.

Transportation is vital for the autonomy of seniors, and it usually plays a determining role in enabling an elderly person to live at home. Adequate transportation structures that meet the needs of the elderly, in terms of physical structure, for example buses that adjust their height to the sidewalk, availability, frequency, safety and costs, are essential. Initiatives by adapted transport and rural transport groups should be funded to enable our seniors to remain independent. Communities must adapt to the aging of their citizens. Everyone benefits, both young and old.

From this perspective, the regional steering committee fervently hopes that any decisions that the government takes will consider the impact on an aging population. We are not just talking about today's seniors, but all citizens, who will one day be old. Today's decisions, like tomorrow's, must be made in consideration of the impact not only on current seniors, but also on generations to come.

To have and maintain good health, people need recreation and physical activities or sports. Incentive and facilitating measures should be put forward to encourage all citizens to be active, whether by tax credits and reimbursements for enrolling in

formation permettant de bien accomplir les tâches d'aidants; deuxièmement, le répit pour les aidants; et troisièmement, les soins à prodiguer.

Le Regroupement des aînés témoignera devant vous à ce sujet. Quant à nous, nous insistons sur la formation donnée aux aidants ainsi qu'aux intervenants qui donnent des soins à domicile.

Les coopératives d'économie sociale et de services d'entretien ménager n'ont pas les ressources matérielles ni financières pour assurer une formation adéquate de leurs employés. La qualité des interventions en souffre et par le fait même, les bénéficiaires, ce qui peut entraîner des situations de maltraitance et de violence.

Les soins à domicile sont une grande préoccupation pour nous, tout comme le sont l'abus et la violence. Nous travaillons continuellement à soutenir le développement d'outils de prévention et d'intervention auprès d'aînés vulnérables, et notre vigilance demeure constante.

Le financement des services demeure un problème majeur pour la majorité des groupes qui travaillent auprès des aînés. Nous demeurons convaincus qu'une partie des surplus d'Ottawa pourrait servir à soutenir le travail essentiel de ces groupes.

La table est préoccupée par le logement et l'hébergement des personnes aînées. Nous appuyons les mesures d'assouplissement dans les règles de la SCHL pour rendre plus accessibles les loyers, spécialement dans les HLM. Il est primordial que les exigences du Code du bâtiment tiennent compte de la réalité vécue tous les jours par les personnes en perte d'autonomie ou vivant seules. Il faut préconiser de tels services, tels les salles communautaires, les cuisines partagées, les services de dépannage et de buanderie commune dans les HLM.

Le transport est un enjeu d'ultime importance dans l'autonomie des aînés. Son rôle est souvent déterminé pour permettre à l'aîné à demeurer à domicile. Des structures de transports adéquats qui répondent aux besoins des aînés, tant par sa structure physique, par exemple, des autobus qui s'ajustent à la hauteur du trottoir, que par sa disponibilité, sa fréquence, sa sécurité et ses coûts sont essentiels. Il faut soutenir le financement et les efforts des groupes de transport adapté ou de transport en région rurale, qui permettent à nos aînés de demeurer autonomes. Les milieux de vie doivent s'adapter au vieillissement de leurs citoyens. Tous en bénéficieront, les plus jeunes comme les plus âgés.

Dans cette optique, la Table régionale souhaite ardemment que le gouvernement songe à l'impact sur le vieillissement. On ne parle pas ici que des aînés, mais de tous les groupes de citoyens qui deviendront aînés un jour. Il faut que les décisions d'aujourd'hui, comme celles de demain, se fassent en considération de l'impact sur les générations aînées actuelles, mais aussi sur les générations à venir.

Pour avoir et maintenir une bonne santé, il faut avoir des loisirs et faire de l'activité physique ou sportive. Des mesures incitatives pour que monsieur et madame Tout-le-Monde soient actifs doivent être mises de l'avant, soit par crédit ou remboursement

activities, by setting up community centres to meet the needs of seniors in communities where there are none, or by adapting facilities to the needs of an aging clientele.

The Eastern Townships' regional steering committee for seniors has deliberately not brought up the subject of health care. We know that credible groups will do that. However, we are not unaware of the importance of this subject.

Sherbrooke is one of the rare towns to have a policy for hosting and integrating immigrants, and that is to its credit. However, we must not ignore the challenges of integrating aging immigrants. The inability to speak French and the prejudices surrounding so-called strangers are important barriers to integration.

Ways must be established to support and assist immigrant groups in order to facilitate their entry into seniors groups in our society, thereby preventing isolation. Services must be adapted to meet the needs of this particular clientele.

Age discrimination is a phenomenon that we have to address. We must ensure that seniors are considered full citizens in our society. We recommend the implementation of awareness programs.

Prejudice is usually the result of ignorance and perceived differences. The regional steering committee believes that the basic age criteria for service delivery create inconsistencies. People, whether old or young, experience different realities and should receive services according to their needs, not their age.

The retirement criteria and systems should be reviewed with the aim of preserving individual freedom of choice. A manpower shortage has been announced, and many people would like to keep on working. The CPP, GIS, employment insurance and QPP rules should be made more flexible to accommodate individual cases and individual needs. By harmonizing the taxation laws, workers could be encouraged to stay in their jobs as long as they want, without imposing penalties on their benefits.

We are very aware that aging populations do not live in the same manner and at the same rhythm in different countries. Your finding in point 84 is critical, that we must "establish supplementary programs to compensate for unequal aging across the provinces." Quebec is the province where people age most rapidly. We must rethink the notion of equalization in order to restore equity to the growing needs of these citizens. The federal government's essential role is to develop the policy frameworks, laws and regulations for Canada's seniors.

You have an opportunity to recommend concrete actions aimed at improving quality of life for our seniors. We are counting on your expertise and openness to ensure that it is good to live and grow old in Canada and Quebec.

d'impôt pour les inscriptions aux activités ou encore par l'établissement d'un centre communautaire dans les milieux où il n'y en a pas encore de locaux adaptés aux besoins d'une clientèle vieillissante.

C'est volontairement que la Table régionale des aînés de l'Estrie n'aborde pas le sujet des soins de santé. Nous savons que des groupes crédibles le feront. Toutefois, nous ne négligeons pas l'importance de ce sujet.

Sherbrooke est l'une des rares villes à avoir une politique d'accueil et d'intégration des immigrants, et c'est tout à son honneur. Toutefois, il ne faut pas négliger les défis d'intégration des aînés immigrants. La non-connaissance du français ainsi que les préjugés entourant les étrangers sont des obstacles importants à leur intégration.

Il faut établir des modes de soutien pouvant aider les regroupements d'immigrants à faciliter l'insertion de leurs aînés dans notre société afin de prévenir leur isolement. Les services doivent être adaptés pour répondre aux besoins de cette clientèle particulière.

L'âgisme est un phénomène dont il faut se préoccuper. Il faut s'assurer que les aînés soient considérés comme des citoyens à part entière dans notre société. Nous recommandons la mise en place de programmes de sensibilisation.

Les préjugés sont souvent la résultante du manque de connaissances et de la différence perçue. À la Table régionale, nous croyons que le critère basé sur l'âge pour la prestation de services crée des incohérences. Les gens, aînés ou autres, vivent des réalités différentes et doivent recevoir les services en fonction de leurs besoins et non en fonction de leur âge.

Les critères et les régimes de mise à la retraite doivent être révisés pour préserver la liberté de choix des individus. Une pénurie de main-d'œuvre est annoncée, plusieurs personnes voudront continuer de travailler. Il faut assouplir les règles des RPC et des SRG, assurance-chômage et RRQ pour tenir compte de la situation de chacun et de leurs besoins. Une harmonisation des mesures fiscales devrait encourager les travailleurs à poursuivre leurs activités selon leurs désirs, sans qu'il leur soit imposé des pénalités à leur rémunération.

Nous sommes très conscients que le vieillissement de la population ne se vit pas de la même façon et au même rythme à travers le pays. Le constat que vous faites au point 84 de votre rapport est crucial, soit qu'il faut établir des programmes supplémentaires pour compenser le vieillissement inégal d'une province à l'autre. Le Québec est la province où le vieillissement de la population est plus évident. Il faut revoir la péréquation afin de rétablir l'équité par rapport aux besoins grandissants de ses citoyens. Le rôle du gouvernement fédéral est essentiel dans l'encadrement de politiques, de lois et de règlements en ce qui concerne les personnes aînées au pays.

Vous avez l'occasion de recommander des actions concrètes pour améliorer la qualité de vie des citoyens aînés au pays. Nous comptons sur votre expertise et votre ouverture pour faire en sorte qu'il fasse bon vivre et vieillir au Canada et au Québec.

Gilles Beaulieu, Development Officer, University of the Third Age: Madam Chair, this is the first time I have had the privilege of speaking to a group of senators. I am moved. I was not ready to die yet!

Ms. Keli Hogan told me earlier that a few organizations had chosen to give evidence. We are very pleased that the University of Sherbrooke's University of the Third Age has been selected.

We have read your documentation, particularly the second interim report. You identify four broad themes. Questions 2, 4 and 5 are directly related to the concerns of the University of Sherbrooke's University of the Third Age. We will have a wish to make regarding question 4, which concerns income and retirement itself.

I will present the main points on the organization of the University of the Third Age, a few facts about our experience and some wishes or conditions for its maintenance.

You have a copy of the document that was translated into the second language, or the first, depending on your point of view.

The University of the Third Age of the University of Sherbrooke was founded in 1976, and we are the first senior citizen university in North America. So we have been around for more than 30 years. We are attached to the Faculty of Education of the University of Sherbrooke. We are members of the International Association of the Universities of the Third Age, a global organization that is unfortunately not that active, particularly in Europe.

The UTA's basic mission is to provide senior students, those 50 years of age and over — because we also have early retirees who come to our activities — with educational activities for the pleasure of learning throughout their lives, without any degree required or examinations. So it is really for pleasure.

One feature of the University of the Third Age is that we avoid all competition. If an activity is already offered by another organization in the community, such as computers or language courses, we do not offer those courses. We also supplement activities offered in the community. People may want to go a little further, so we can call on resource persons who can meet the needs.

The fundamental objectives of the UTA are to facilitate knowledge acquisition; combat isolation among seniors; promote the integration of seniors in cultural and social life; promote exchange; support individuals in their desire for accomplishment — as you can see, we are directly involved with a number of the committee's issues — and to provide society with a new wave of dynamic and responsible senior citizens. One point I might add is that all activities must be offered at the lowest possible cost.

Gilles Beaulieu, agent de développement, Université du troisième âge : Madame la présidente, c'est la première fois que j'ai le privilège de parler à un groupe de sénateurs. Je suis ému. Je n'étais pas prêt à mourir encore!

Madame Keli Hogan me disait tantôt qu'il y a quelques organismes qui ont été choisis pour livrer un témoignage. On est bien heureux que l'Université du troisième âge de l'Université de Sherbrooke ait été choisie.

On a pris connaissance de votre documentation, en particulier du deuxième rapport préliminaire. Vous posez quatre grandes questions. Les questions 2, 4 et 5, concernent directement les préoccupations de l'Université du troisième âge de l'Université de Sherbrooke. Nous aurons un souhait à formuler en ce qui concerne la question 4, qui touche les revenus et la retraite elle-même.

Je présenterai les grandes lignes sur l'organisation l'Université du troisième âge, quelques faits de notre vécu, et quelques souhaits ou des conditions facilitantes pour son maintien.

Vous avez un exemplaire du document qui a été traduit dans la deuxième langue, ou la première, selon le point de vue.

L'Université du troisième âge de l'Université de Sherbrooke a été fondée en 1976, et nous sommes la première université du troisième âge instituée en Amérique du Nord. Donc, nous existons depuis plus de 30 ans. Nous sommes rattachés à la faculté d'éducation de l'Université de Sherbrooke. Nous sommes membres de l'Association internationale des Universités du troisième âge, un organisme mondial qui est malheureusement plus ou moins actif, surtout en Europe.

La mission fondamentale de l'UTA est d'offrir aux étudiantes et étudiants aînés soit les 50 ans et plus, — car nous avons des préretraités aussi qui viennent à nos activités — des activités éducatives pour le plaisir d'apprendre tout au long de leur vie, sans diplôme préalable ni examen. Donc, c'est vraiment pour le plaisir.

Une particularité de l'Université du troisième âge est que nous évitons toute concurrence. Si une activité est déjà offerte dans le milieu par un autre organisme, par exemple pour l'informatique, les cours de langue, nous n'offrons pas ces cours. Nous servons aussi de complément aux activités offertes dans le milieu. Il peut arriver que les gens veulent aller un peu plus loin, alors on peut faire appel à des personnes ressources qui peuvent répondre aux besoins.

Les objectifs fondamentaux de l'UTA sont de faciliter l'acquisition de connaissances; de combattre l'isolement chez les personnes aînées; de favoriser l'intégration des personnes aînées dans la vie culturelle et sociale; de promouvoir les échanges; d'appuyer les personnes dans leur désir d'accomplissement — vous voyez que nous sommes directement en lien avec plusieurs questionnements du comité — et de doter la société d'une nouvelle vague de citoyennes et citoyens aînés dynamiques et responsables. Un point que je pourrais ajouter est que toutes les activités doivent être offertes au moindre coût.

The educational approach. As there is no homework or exams, these students are auditors, no degrees are required, activities take place during the day in the fall and winter sessions, and quality standards are specific to all types of training offered by the University of Sherbrooke.

The teaching arrangements are highly varied, based on needs, courses, seminars, lectures and workshops. Subjects include history, health, philosophy and politics, but non-partisan politics.

With respect to organizational principles, the University of the Third Age is based on the participation and involvement of volunteers, who are retired, and thus a partnership between UTA management and the 26 student associations across Quebec. So these are retirees, volunteers, who work to identify needs and organize activities in response to demand in their community. And all that is done by volunteers, who are thus unpaid.

The Faculty of Education provides administrative support for funding, the management of tuition fees and payment of resource persons. We pay resource persons \$45 an hour, which barely covers their costs. Last year, we had some distinguished guests. For example, we had Roger Landry, former editor of *La Presse*; Alain Dubuc, an editorialist at *La Presse*; and Lorraine Pagé, former chair of the CEQ, to name only a few. And these people come for \$45 an hour. That is one of the conditions.

The student associations are allowed greater independence in the organization of self-funded learning activities. This considerable independence falls within a framework, and there is nothing partisan about it, as was said earlier. We do not want subjects to be conflictual, such as anything concerning retirees, esotericism or sensitive topics; there are so many other subjects to study. We avoid anything that can be conflictual. That is not at all within our goals. We do not want to create tension; on the contrary, we want to release tension, and we want to enable people to develop.

The university's presence. Quebec has 17 administrative regions, and we are established in 10 of them. We are not in more regions because there are similar universities and we do not compete.

Across Quebec, there are 26 third age satellites, and thus 26 student associations. A number of satellites have decentralized activities, since there are vast regions, but 45 local sites.

Some 500 volunteers cooperate in the organization of local activities, and that number is growing. We have 12,000 annual enrolments, and that too is growing.

As can be anticipated, we support the issues and topics that the committee is examining, which are entirely legitimate: staying physically and mentally active in order to ensure well-being. A host of activities are offered and developed to maintain active

L'approche éducative : comme il n'y a pas de travaux ni examens, ce sont des auditeurs libres, aucun diplôme n'est exigé, les activités se déroulent le jour pendant la session d'automne et de l'hiver, et les standards de qualité sont propres à toutes les formations offertes par l'Université de Sherbrooke.

Les formules pédagogiques sont très variées, en fonction des besoins, des cours, des séminaires, des causeries et des ateliers. En ce qui concerne les thèmes, il y a l'histoire, la santé, la philosophie, la politique, mais la politique non-partisane.

Au sujet des principes organisationnels, l'Université du troisième âge s'appuie sur la participation et l'implication de bénévoles, eux-mêmes retraités, donc, un partenariat qui existe entre la direction de l'UTA et les 26 associations étudiantes réparties sur tout le territoire du Québec. Ce sont donc des gens retraités, des volontaires, qui travaillent pour identifier des besoins, organiser des activités en réponse aux demandes dans leur milieu. Et tout cela est fait par des bénévoles, donc, non rémunérés.

La faculté de l'éducation donne un soutien administratif pour le financement, pour la gestion des frais de scolarité et pour le paiement des personnes ressources. On donne 45 \$ l'heure aux personnes ressources, ce qui couvre à peine leurs frais. L'année dernière, on a reçu des invités émérites. On a reçu, à titre d'exemple, Roger Landry, l'ancien éditeur de *La Presse*; Alain Dubuc, éditorialiste à *La Presse*; Lorraine Pagé, ancienne présidente de la CEQ, pour ne nommer que ceux-là. Et ces gens-là viennent à 45 \$ l'heure. Cela fait partie des conditions.

Une grande autonomie est laissée aux associations étudiantes dans l'organisation d'activités d'apprentissage autofinancées. Cette grande autonomie est à l'intérieur d'un cadre et il n'y a rien de partisan comme on le disait tantôt. On ne veut pas que les sujets soient conflictuels tels tout ce qui touche les retraités, à l'esotérisme ou à des cordes trop sensibles, il y a tellement d'autres sujets à étudier. Nous évitons tout ce qui peut être conflictuel. Ce n'est pas du tout les buts visés. On ne veut pas créer des tensions, au contraire, on veut libérer des tensions, et on veut permettre aux gens de se développer.

Rayonnement de l'université : le Québec compte 17 régions administratives et nous sommes présents dans dix de ces régions. Si nous ne sommes pas présents dans un plus grand nombre de régions, c'est qu'il y a des universités semblables, on n'entre pas en compétition.

Sur tout le territoire du Québec, il y a 26 antennes du troisième âge, donc, 26 associations d'étudiantes et d'étudiants. Plusieurs antennes ont des activités qui sont décentralisées étant donné qu'il y a de vastes régions, mais il y a 45 sites locaux.

Il y a plus de 500 bénévoles qui collaborent à l'organisation d'activités locales, et c'est en croissance. Nous sommes à 12 000 inscriptions annuelles, et c'est aussi toujours en croissance.

Comme on peut l'anticiper, nous appuyons les enjeux et les questionnements que le comité se pose, qui sont tout à fait légitimes : rester physiquement et mentalement actifs afin d'assurer le bien-être. Il y a une foule d'activités qui sont

neurons; so staying active is easy. We also offer activities such as folk dancing to enable people to stay physically active. There is also a cultural aspect.

We must maximize opportunities for seniors to be active members of society: involvement encourages this. Promoting people's vitality in old age and aging in the place of their choice: we have a new component that we are developing in this area. Earlier I told you that activities were offered at 45 sites, but now we are going beyond that. There are increasing number of residences for participating seniors. Where there is a sufficient number of individuals and we can secure self-funding, we also offer activities at seniors' residences, and this has become very successful. That, by and large, is what is going on at the University of the Third Age.

We would now like to state two facilitating conditions which could promote the vitality of retirees wishing to manage their own development. There is nothing new here. These are already identified on the lists of options proposed, but we are nevertheless emphasizing these points.

Valuing volunteer work: this can take the form of tax credits and the reimbursement of travel expenses, for example. These volunteers are not paid, but nevertheless incur personal expenses, and we should at least reimburse their expenses. That has already been identified.

Granting a tax credit for retiree training: we know that tax credits are currently granted when training is employment-related. Retirees no longer have jobs, and these tax credits are increasingly denied for retirees. If tax credits could be granted, that would be an additional incentive.

That, by and large, is what I wanted to present to you, and to tell you that the University of the Third Age of the University of Sherbrooke supports your efforts and is proud to tell you that your objectives are realistic and achievable, since, not to make any pretentious claims, we have been achieving them for some 30 years.

[English]

The Chair: Thank you all for wonderful presentations, which were very much focused on both our report and the need, in some cases, to broaden it and make it more inclusive, which is exactly why we are here to talk to you. Clearly, we heard some witnesses in the past and we wanted to come out to communities like yours to discuss these issues with people on the ground as opposed to the experts in the field.

Senator Mercer: Thank you, gentlemen, for being here this afternoon. We really do appreciate your participation and paid close attention to what you were saying.

offertes et qui favorisent le développement de neurones ou le maintien actif des neurones, donc rester mentalement actif est déjà un acquis. Nous offrons aussi des activités pour rester physiquement actif, telles les danses folkloriques. Il y a une dimension culturelle qui est aussi présente.

Il faut maximiser les possibilités pour les aînés d'être des membres actifs de la société : l'implication le favorise; favoriser l'épanouissement des personnes pendant la vieillesse, et vieillir à l'endroit de leur choix : nous avons un nouveau volet que nous développons à ce sujet. Je vous ai dit tantôt que les activités étaient offertes dans 45 sites, mais maintenant on va au-delà. Il y a de plus en plus de résidences de personnes du troisième âge qui participent. Lorsqu'il y a un nombre de personnes suffisant et qu'on peut assurer l'autofinancement, on donne aussi des activités dans les résidences pour personnes âgées, et cela connaît un très grand succès. C'est en gros ce qui se passe à l'Université du troisième âge.

Il y a maintenant deux conditions facilitantes qu'on aimerait émettre, qui pourraient favoriser l'épanouissement des personnes retraitées qui veulent gérer leur propre développement. Ce n'est rien de nouveau. C'est déjà identifié dans les listes d'options qui ont été proposées, mais on met l'accent quand même sur ces éléments.

Valoriser le bénévolat : cela peut prendre la forme de crédits d'impôt et le remboursement de frais de déplacement, à titre d'exemple. Ces bénévoles ne sont pas rémunérés, mais ont quand même des dépenses personnelles, et qu'au moins on rembourse leurs dépenses. C'est déjà identifié.

Accorder un crédit d'impôt pour la formation de retraités : on sait que les crédits d'impôt sont actuellement accordés quand c'est lié à un emploi. Les personnes retraitées n'ont plus d'emploi, et de plus en plus, ces crédits d'impôt sont tous refusés pour les personnes retraitées. Si on pouvait accorder des crédits d'impôt, cela serait une mesure incitative de plus.

C'est en gros ce que je voulais vous présenter, et vous dire que l'Université du troisième âge de l'Université de Sherbrooke appuie votre démarche et est fière de vous dire que les objectifs que vous visez sont réalistes et réalisables, puisque nous les réalisons chez nous sans prétention depuis une trentaine d'années.

[Traduction]

La présidente : Je vous remercie tous pour ces excellents exposés. Vous vous êtes intéressés à notre rapport en soulignant la nécessité, dans certains cas, de l'élargir et de le rendre plus inclusif. Et c'est précisément ce qui nous amène ici aujourd'hui. Nous avons entendu certains témoins antérieurement et nous voulions venir dans des collectivités comme la vôtre pour discuter de ces questions avec des gens sur place, par opposition à des experts dans le domaine.

Le sénateur Mercer : Merci, messieurs, d'être venus ici cet après-midi. Nous vous sommes vraiment reconnaissants de votre participation et nous avons écouté avec beaucoup d'intérêt vos propos.

I am curious. You said that the university has been operating for some time; I believe you said since 1976.

Do you know of similar universities in Canada or North America? Are there other universities like University of the Third Age?

Mr. Beaulieu: I am sorry but I do not know. In Québec, it takes different forms.

[Translation]

At the University of Montreal, the organization is a bit different. They present *Les belles soirées*, but people have to travel to the university. At the Université du Québec à Montréal, there was a new program called *Génération*, and people had to travel to that too. At Laval University, to our knowledge, there is no organization as such, but it is apparently being developed. At the Université du Québec à Trois-Rivières, activities have been introduced. The University of the Third Age at the University of Sherbrooke has been the leader for 30 years now.

[English]

Senator Mercer: We discovered today that the University of Sherbrooke is leading the way in many things, which is good.

You talked about a tax credit for the training of retirees, and you quickly point out that currently that type of credit is available only for job-related training. Give me an idea of how you would see this work because this idea intrigues me.

[Translation]

Mr. Beaulieu: When volunteers file expense reports, we reimburse kilometrage expenses. When they attend meetings, they often have to travel far, and when they have meetings that last the entire day, we reimburse lunch expenses.

The university has the information, and could issue a new TP4 or TPZ form; we have the accounting, we have the training, and we could tell you whom we have reimbursed and the amount of expenses incurred as part of their volunteer duties. At that point, those documents could be appended to the tax return and, we hope, honoured by the revenue department.

That is the suggestion we are making. And all that would be managed by the accounting department of the University of Sherbrooke. The University of the Third Age is a bit like a department within the Faculty of Education at the University of Sherbrooke. The Finance Department at the University of Sherbrooke could manage all that.

[English]

Senator Mercer: One of the ongoing concerns that I have expressed to the committee is that the recordkeeping that we propose for tax credits, either for volunteering or, in this case, the

Je suis curieux. Vous avez dit que l'université existe depuis un certain temps, depuis 1976, si je ne m'abuse.

Savez-vous s'il existe des universités similaires au Canada ou en Amérique du Nord? Y a-t-il d'autres universités comme l'Université du troisième âge?

M. Beaulieu : Je suis désolé, mais je l'ignore. Au Québec, la formule prend différentes formes.

[Français]

À l'Université de Montréal, la formule est un peu différente. On présente *Les belles soirées*, mais les gens doivent se déplacer pour se rendre à l'université. À l'Université du Québec à Montréal, il y avait un nouveau programme qui s'appelait *Génération*, et là aussi les gens devaient se déplacer. À l'Université Laval, à notre connaissance, il n'y a pas d'organisation comme telle, mais semble-t-il que c'est en gestation. À l'Université du Québec à Trois-Rivières, il y a des activités qui ont été initiées. C'est l'Université du Troisième Âge de l'Université de Sherbrooke qui exerce un leadership depuis maintenant 30 ans.

[Traduction]

Le sénateur Mercer : Nous avons appris aujourd'hui que l'Université de Sherbrooke est un chef de file dans de nombreux domaines, ce qui est excellent.

Vous avez parlé d'un crédit d'impôt pour la formation des retraités, tout en ajoutant que présentement, ce type de crédit est disponible uniquement pour la formation reliée à l'emploi. Pouvez-vous m'expliquer comment cela fonctionnerait car cette idée m'intéresse.

[Français]

M. Beaulieu : Lorsque les bénévoles font des rapports de dépenses, nous remboursons les frais de kilométrage. Lorsqu'ils assistent à leurs réunions, ils ont souvent des déplacements importants à faire, et lorsqu'ils ont des rencontres qui durent toute la journée, on rembourse les frais pour le repas du midi.

L'université possède l'information, et pourrait émettre une nouvelle forme de TP4 ou de TPZ; on a la comptabilité, on a la formation, et on pourrait vous dire qui on a remboursé et le montant des dépenses encourues dans ses fonctions de bénévole. À ce moment-là, ces documents pourraient être annexés à la déclaration d'impôt et souhaitons-le, honorés par le ministère du Revenu.

C'est la suggestion que nous faisons. Et tout cela serait géré par le service de comptabilité de l'Université de Sherbrooke. L'Université du troisième âge est un peu comme un département à l'intérieur de la faculté d'éducation de l'Université de Sherbrooke, c'est le département des Finances de l'Université de Sherbrooke qui pourrait gérer tout cela.

[Traduction]

Le sénateur Mercer : L'une des préoccupations courantes que j'ai exprimées au comité est la suivante. Je crains que la comptabilité que nous proposons pour les crédits d'impôt, que

training of retirees, becomes the stumbling block of how it is done and how accurate it is. We do not want to put an administrative burden on the university, community group or charity that is involved. Do you see this as an issue?

Mr. Beaulieu: We already do it.

[Translation]

The only thing we do not do is issue receipts, but we already have all the accounting. We already know what amount we have reimbursed to such and such a person for kilometrage and meals. We already have the information in our systems. And I assume other structured organizations would have the same information.

In any case, that could give our volunteers a privilege and encourage them to get involved to a greater degree. Even if there were an associated cost, it would be worth it, because our volunteers invest a lot of their time and energy, and a number pay out of their pockets.

If we can at least offset the expenses associated with their volunteer work, that is the minimum we are asking.

Senator Chapat: Sir, at the university, you have basic resources, which means you have accounting services. Do you have any ties with a bigger university? How is it that you have these financial resources to pay people that a community group would not have?

Mr. Beaulieu: The University of the Third Age of the University of Sherbrooke is part of the University of Sherbrooke's education department. As a result, we have accounting services like any other faculty at the University of Sherbrooke. However, the rule is that every activity of the University of Sherbrooke's University of the Third Age must be self-funded. So what adult students have to pay to attend a series of talks of training is \$65 or \$70. Those amounts are used to pay: rent for the room when the room is not lent to us, the professor's salary, kilometrage and other material expenses required by the course, if photocopies have to be made and so on.

The rule is to keep expenses to a minimum to encourage people to come and take part in the activities. Forty-five dollars an hour for a resource person is not a lot, and we pay only for classroom time. We do not pay for preparation time.

I was a teacher all my life and we know that, for some content, the ratio of preparation hours to training hours can be 10 to one. We only pay for the one hour in which the service is provided. It is a choice that we make to pay teachers a minimum cost. That enables students to pay as little as possible for training.

Senator Chapat: Who does your accounting?

ce soit au titre du bénévolat ou, en l'occurrence, de la formation des retraités, fasse obstacle à cette initiative. La tenue des comptes n'est pas simple et il faut que les données soient fidèles. Nous ne voulons pas imposer un fardeau administratif à l'université, au groupe communautaire ou à l'organisme de bienfaisance participants. Considérez-vous que c'est un problème?

M. Beaulieu : Nous faisons déjà cette comptabilité.

[Français]

La seule chose que nous ne faisons pas c'est de donner des reçus, mais nous avons déjà toute la comptabilité. Nous savons déjà quel montant nous avons remboursé à telle personne pour son kilométrage et pour ses repas. Nous avons déjà l'information dans nos systèmes. Et je présume que d'autres organisations qui sont structurées auraient la même information.

De toute façon, cela pourrait donner un privilège à nos bénévoles et les inciter à s'impliquer davantage. Même s'il y avait un coût de rattaché, cela en vaudrait la peine, parce que nos bénévoles investissent beaucoup de leur temps et de leur énergie, et plusieurs déboursent de leur poche.

Si on peut compenser au moins les dépenses reliées à leur bénévolat, c'est le minimum qu'on demande.

Le sénateur Chapat : Monsieur, à l'université, vous avez des ressources de base qui font que vous avez les services de comptabilité. Est-ce que vous avez un lien avec une plus grande université? Qu'est-ce qui fait que vous avez ces ressources financières pour payer des gens qu'un groupe communautaire n'aurait pas?

M. Beaulieu : L'Université du troisième âge de l'Université de Sherbrooke fait partie du département d'éducation de l'Université de Sherbrooke. À ce titre, nous avons les services de comptabilité comme toute autre faculté de l'Université de Sherbrooke. Toutefois, la règle est que toute activité de l'Université du troisième âge de l'Université de Sherbrooke doit s'autofinancer. Donc, ce que les étudiants adultes ont à payer comme frais pour participer à une série de conférences ou à une formation, c'est 65 \$ ou 70 \$. Ces montants servent à payer : la location de la salle lorsque la salle ne nous est pas prêtée, le salaire du professeur, son kilométrage, et les autres dépenses de matériel qui sont prévues par le cours, s'il y a des photocopies à faire, et cetera.

La règle est de maintenir les frais au minimum pour encourager les gens à venir participer aux activités. Quarante-cinq dollars l'heure pour une personne ressource, ce n'est pas beaucoup, et on paie que le temps en salle de cours. On ne paie pas le temps de préparation.

J'ai été pédagogue toute ma vie et on sait que pour certains contenus c'est peut-être un rapport de 10-pour-1, dix heures de préparation pour une heure de formation. On paie seulement l'heure de prestation de service. C'est un choix qu'on fait de payer les professeurs à un coût minimum. Cela permet aux étudiants de payer le moins possible pour la formation.

Le sénateur Chapat : Qui fait votre comptabilité?

Mr. Beaulieu: There are three clerks at the University of the Third Age secretariat, and they manage the time sheets and issue payments.

[English]

Senator Keon: Mr. Rodrigue, you rightly pointed out something that the committee believes in very strongly, and that is the tremendous wealth of knowledge, expertise and energy that lies in retired people. We agree that we are not tapping into that wealth appropriately.

I want to raise a paradox, the flip side. Let us use airline pilots as an example. As we have encouraged people not to embrace mandatory retirement, to remove mandatory retirement, I think it can subject the public to avoidable risks.

The pilots at Air Canada retire at age 60, but do so because they have mandatory retirement through their pilots association, not from Air Canada. Many of those pilots continue to fly other commercial airlines. I am sure that these men and women are responsible and not flying if they feel they are not capable of doing so. Nonetheless, their peers at Air Canada felt they were not up to it and asked them to retire at this age. There are some things that we just cannot escape in old age, no matter whether we retain our looks, vitality or whatever, we lose cognitive ability, we lose fine motor skills, we lose other things, and we just have to accept that.

What I am really groping for and I have asked this question before, is what should be put in place of mandatory retirement to be sure that we are not putting the public at risk by allowing people continue to work in professions beyond an age where they really are not safe to be working? Do you have any ideas?

Mr. Rodrigue: You are talking about Air Canada and that is a good example, but I will give you another example. Consider a retired provincial police officer or a firefighter. They can retire early at 48 years or 50 years of age. They retire with a big pension and then what do they do? They work for another agency, a private agency, and they work there for probably \$15 an hour. So, why work there for less? Why did the ex-officer or ex-firefighter not keep his or her job? This is our question.

If that person wants to work until age 55 or 60 years and is physically able to do it, why force him or her to take a pension? Keep the person at that job and do not let him go out work for nothing and take somebody else's job. When you hire those guys for \$12 an hour or \$15 an hour, you have a guy who could do that same job who is 35 years to 40 years old, who has a family, and who does not have the job because the retiree has an advantage on him because he has the experience.

M. Beaulieu : Il y a trois commis au secrétariat de l'Université du troisième âge, et ce sont eux qui gèrent les feuilles de temps et qui émettent les paiements.

[Traduction]

Le sénateur Keon : Monsieur Rodrigue, vous avez souligné à juste titre un élément auquel le comité souscrit entièrement, soit l'énorme bassin de connaissances, d'expertise et d'énergie que représentent les personnes retraitées. Nous sommes d'accord avec vous : on ne puise pas suffisamment dans ce bassin de connaissances.

Permettez-moi de présenter un paradoxe, le revers de la médaille. Prenons l'exemple des pilotes de ligne. Encourager les gens à refuser la retraite obligatoire, à la supprimer, peut faire courir à la population des risques évitables.

Les pilotes d'Air Canada prennent leur retraite à 60 ans. Ils le font parce que l'association des pilotes, et non Air Canada, leur impose une retraite obligatoire. Bon nombre de ces pilotes continuent de voler pour d'autres lignes aériennes commerciales. Je suis sûr que ces hommes et ces femmes sont responsables et ne prendraient pas les commandes s'ils ne s'en sentaient pas capables. Néanmoins, leurs pairs à Air Canada ont estimé qu'ils n'étaient pas aptes à continuer et leur ont demandé de prendre leur retraite à 60 ans. Il y a certains aspects du vieillissement auxquels on ne peut tout simplement pas échapper, peu importe que l'on conserve sa prestance, sa vitalité, et cetera, nous perdons du terrain au chapitre de l'habileté cognitive, de la motricité fine, et d'autres aspects, et nous devons tout simplement l'accepter.

J'essaie de cerner une certaine réalité. J'ai déjà posé la question suivante auparavant : au lieu de la retraite obligatoire, quel mécanisme pourrait-on instaurer afin de garantir que la population ne court pas de risques si l'on permet aux gens de continuer à travailler dans certaines professions? Il faut penser que cela pourrait compromettre la sécurité d'autrui. Avez-vous des idées?

M. Rodrigue : Vous parlez d'Air Canada, et c'est un bon exemple, mais permettez-moi de vous en donner un autre. Prenez le cas d'un pompier ou d'un agent de la police provinciale. Ces travailleurs peuvent prendre leur retraite tôt, à 48 ou 50 ans. Ils touchent une pension intéressante, et ensuite, que font-ils? Ils travaillent pour une agence privée, probablement pour 15 \$ l'heure. Par conséquent, pourquoi travailler pour une telle agence pour moins? Pourquoi cet ex-pompier ou ex-policier ne peut-il pas conserver son emploi? Voilà notre question.

Si cette personne souhaite travailler jusqu'à 55 ou 60 ans, et que sa condition physique le lui permet, pourquoi le forcer à prendre sa retraite? Il faudrait qu'elle puisse conserver son emploi et ne pas aller travailler pour un salaire ridicule tout en privant quelqu'un d'autre de cet emploi. Ces agences embauchent ces nouveaux retraités à 12 ou 15 \$ l'heure, alors qu'elles pourraient offrir un emploi à un homme de 35 à 40 ans qui a une famille à faire vivre. Malheureusement, ce n'est pas lui qui décrochera l'emploi parce que le retraité a l'avantage de l'expérience.

Senator Keon: You are absolutely correct and your point is very well taken. That is why mandatory retirement has been removed in many circumstances. However, I do have this concern that there are areas where I feel it should not be removed. We are moving toward a blanket removal of mandatory retirement. I think the airline pilots are a good example because the Air Canada pilots have said they will not fly a commercial aircraft after 60 years of age, no matter how good we look, but many of their former pilots are now flying other commercial airlines. There is nothing in place with some of these airlines, mind you, I know some of them are asking for mandatory retirement at age 65, but some of them are not asking for mandatory retirement at all. They are leaving that up to the individual pilot.

I know that pilots have to undergo careful annual evaluations, medical evaluations and so forth. I also know that a person can be evaluated medically, look very good and drop dead the next day. It concerns me that we have this blanket removal.

What I am groping for is people with your tremendous expertise to come forth and offer some guidance about this issue, because I think right now, it is a hole in the social safety net.

Mr. Rodrigue: As I said in my brief, there are people who are 75 years of age and who are young physically and mentally, and another person at 50 years of age is very old. That is why we say do not go by the age of the person. When you say at 75 years of age that you are old, you are probably not old at 75 years, and the other one who is 50 years of age, he is old, and they say he is not old, he is only age 50. So you see, there is always something that does not balance there. You penalize that guy who is 50 years old because he is sick, and you penalize the other guy who is 70 years old and he could continue to work.

Those pilots from Air Canada, they are going to work as pilots for WestJet or BlueJet, you name it, but for much less than what they were making at Air Canada. The ex-Air Canada pilot is taking a job that another pilot could have, but he does not care; he has his pension from Air Canada plus what WestJet is paying him. Perhaps he works only 10-20 hours per week.

[Translation]

Jacques Demers, Secretary, Table régionale de concertation des aînés et des retraités de l'Estrie: I would like to clarify a few points. I am lucky enough to be Vice-President of the Conseil des aînés and a member of the provincial board of directors of the Fédération de l'âge d'or du Québec. The Conseil des aînés meets occasionally with all the national associations, two or three times a year.

From those meetings, two major concerns were raised this year, and one is the gradual retirement we just talked about. All national seniors organizations in Quebec agreed that promoting gradual retirement should be a priority in Quebec. One of the suggestions was to provide compensation in the form of a pension tailored to hours of work that may not constitute a full week. Individuals could work either the morning or the afternoon, to

Le sénateur Keon : Vous avez tout à fait raison; votre argument est fort valable. Voilà pourquoi, dans de nombreuses situations, on a supprimé la retraite obligatoire. Toutefois, je continue de penser que dans certains domaines, il ne faudrait pas l'éliminer. Nous nous acheminons vers la suppression totale de la retraite obligatoire. À mon avis, le cas des pilotes de ligne est un bon exemple. Les pilotes d'Air Canada ont décrété qu'ils ne piloteraient pas d'avion commercial après l'âge de 60 ans, même s'ils conservent une belle prestance, mais bon nombre de leurs anciens collègues pilotent maintenant pour d'autres compagnies aériennes. Dans certaines compagnies, il n'y a aucune directive à cet égard. Je sais que certaines imposent la retraite obligatoire à l'âge de 65 ans, mais d'autres n'exigent rien du tout. La décision appartient au pilote individuel.

Je sais que les pilotes doivent se soumettre à des évaluations annuelles poussées, des examens médicaux, et cetera. Je sais aussi qu'une personne peut avoir passé un examen médical avec succès, paraître en bonne santé et tomber raide mort le lendemain. Cette suppression généralisée de la retraite obligatoire m'inquiète.

Ce que j'espère, c'est que des gens comme vous, qui avez une expertise formidable, puissiez nous fournir certains conseils à ce sujet car, personnellement, je pense qu'il existe présentement une lacune dans le filet de sécurité sociale.

M. Rodrigue : Comme je l'ai dit dans mon mémoire, il y a des gens qui sont jeunes physiquement et mentalement à l'âge de 75 ans, et d'autres qui, à 50 ans, sont très âgés. Voilà pourquoi nous disons qu'il ne faut pas se fier à l'âge de quelqu'un. On dit d'une personne de 75 ans qu'elle est vieille alors qu'elle n'est peut-être pas vieille et d'une personne de 50 ans qu'elle n'est pas vieille alors qu'elle l'est peut-être, même si elle n'a que 50 ans. Comme vous pouvez le voir, il y a toujours quelque chose qui cloche. On pénalise la personne de 50 ans parce qu'elle est malade et on pénalise celle de 70 ans qui pourrait continuer à travailler.

Les ex-pilotes d'Air Canada vont travailler chez WestJet ou BlueJet, peu importe, mais à un salaire bien inférieur à celui qu'ils touchaient à Air Canada. L'ex-pilote d'Air Canada prive de travail un autre pilote, mais il s'en fiche; il touche sa pension d'Air Canada, plus le salaire que lui verse WestJet. Peut-être ne travaille-t-il que 10 à 20 heures par semaine.

[Français]

Jacques Demers, secrétaire, Table régionale de concertation des aînés et des retraités de l'Estrie : J'aimerais apporter des précisions. J'ai la chance de faire partie du Conseil des aînés en tant que vice-président et auprès de la Fédération de l'âge d'or du Québec, comme membre du conseil d'administration provinciale. Le Conseil des aînés réunit à l'occasion, deux ou trois fois par année, toutes les associations nationales.

De ces réunions deux grandes préoccupations ont été soulevées cette année, et l'une d'elle est la retraite progressive dont on vient de parler. Tous les organismes nationaux d'aînés du Québec étaient d'accord que favoriser une retraite progressive devrait être une priorité au Québec. Une des suggestions a été d'émettre des compensations au point de vue de la pension adaptées aux heures de travail qui ne sont peut-être pas complètes. Ils pourraient

strike a balance between family and retirement, and especially to raise awareness among business executives who say that the older you get, the less productive you are.

I think it is still illogical to think that you are less productive because you are 70 years old. Look at the age of today's political leaders. Some political leaders are 65, 68 or 70, and they are still very active.

We should also see about establishing a mentoring system. We should find ways for seniors to help younger people take up duties for which they are not ready because they have not been in the heat of the action and these seniors have. I think these would be very profitable exchanges.

The second subject, with your permission, and we have not talked about it to date, which is unanimously supported by the seniors of those 17 associations, is housing for seniors. In Quebec, we have established what is called certification for private residences, which means that the government retains a firm to check social sanitation criteria in each of the residences on a mandatory basis.

I can tell you that it is going very well, although very slowly. This mandatory certification is supposed to be done every two years, and approximately 12 per cent of the residences have been certified in 14 months. We are supposed to start the same process over in eight or nine months. That is for the matter of socio-medical criteria.

FADOQ was recognized barely one month ago to verify the quality of life in the private residences. This is a different program from the certification program. With volunteers and individuals who have been trained, and under the supervision of a person in each of Quebec's regions, we will go into each of the residences to assess the quality of life of seniors there. This second component requires that we conduct interviews and so on. We hope that the two programs will work well and that the certification of residences, which is mandatory, will go a little more quickly.

The Conseil des aînés ultimately goes far beyond research and takes an interest in the basic problems that we have in Quebec.

[*English*]

Senator Keon: Mr. Murray, you alluded to the problems of integration, having worked in the health department for six years. Interestingly, we were discussing this over lunch. I said I had been familiar with the difficulties for about 30 years. You are much younger than I am Mr. Murray.

In your recommendations, I believe you said that the federal government should try to expedite integration at the provincial levels and that the regions, of course, integrate that into whatever federal programs are coming also.

What you did not mention was the community level. I have been convinced for quite some time, and you alluded to reading some of my papers, that the place to integrate is at the community

travailler soit le matin ou l'après-midi, pour concilier famille et retraite, et surtout sensibiliser les chefs d'entreprises qui disent que plus on vieillit, moins on est productif.

Je pense que c'est encore illogique de penser qu'on est moins productif parce qu'on a 70 ans. Regardez l'âge des chefs politiques d'aujourd'hui. Certains chefs politiques ont 65, 68 et 70 ans, et ils sont encore très actifs.

Il faudra aussi voir à établir un système de mentorat. Il faudrait trouver des façons, pour que les plus âgés puissent aider les plus jeunes à intégrer des fonctions pour lesquelles ils ne sont pas prêts parce qu'ils n'ont pas été dans le feu de l'action et les aînés l'ont été. Je pense que ce sont des échanges qui seraient très profitables.

Le deuxième sujet, si vous me permettez, et l'on n'en a pas parlé jusqu'à présent, qui fait l'unanimité des aînés de ces 17 associations, est l'hébergement pour les personnes âgées. On a établi au Québec ce qu'on appelle une certification pour les résidences privées, ce qui veut dire que le gouvernement a engagé une firme pour vérifier les critères sociaux sanitaires dans chacune des résidences, et ce, de façon obligatoire.

Je peux vous dire que cela va très, quoique très lentement. Cette certification obligatoire est supposée se faire tous les deux ans, et on a environ 12 p. 100 des résidences qui ont été certifiées, en 14 mois. On est censé recommencer le même processus dans huit, neuf mois. C'est pour la question de critères sociaux sanitaires.

La FADOQ, il y a à peine un mois, a été reconnue pour vérifier la qualité de vie dans les résidences privées. C'est un programme différent de celui de la certification. Avec des bénévoles et des personnes qui ont été formées, et sous la supervision d'une personne dans chacune des régions du Québec, nous irons dans chacune des résidences pour évaluer la qualité de vie des personnes âgées. Ce deuxième volet nous demande de faire des entrevues et ainsi de suite. On espère que les deux ensembles vont bien fonctionner et que cela ira un peu plus vite du côté de la certification des résidences, qui est obligatoire.

Le Conseil des aînés, dans le fond va beaucoup plus loin que la recherche et s'intéresse aux problèmes de base qu'il y a au Québec.

[*Traduction*]

Le sénateur Keon : Monsieur Murray, vous avez fait allusion aux problèmes d'intégration des services, vous qui avez travaillé au ministère de la Santé pendant six ans. Curieusement, nous discutons de cette question à l'heure du lunch. Comme je l'ai dit, je me suis colleté avec ces difficultés pendant une trentaine d'années. Vous êtes beaucoup plus jeune que moi, monsieur Murray.

Selon vos recommandations, le gouvernement fédéral devrait accélérer l'intégration au niveau provincial et, bien entendu, les régions devraient embrasser ce principe dans les programmes fédéraux qui leur sont offerts.

Vous n'avez pas mentionné le niveau communautaire. Je suis convaincu depuis un certain temps — et vous avez mentionné avoir lu certains de mes écrits —, que c'est au niveau

level, because it is possible. When you get higher, trying to integrate government departments and so forth, I think you get into at least, very frustrating stuff.

How would you respond to that comment?

[Translation]

Mr. Murray: I stated some general principles, but they should be clarified. Your question is an excellent opportunity for me to go a little further on this integration idea.

I was saying that the community environment was the centre of everything that we can call the integration of health services, community services, transportation services and everything related to aging, in fact everything that concerns a senior citizen as an initial base unit for us to develop our services and programs.

When you talk about the federal government's role, I do not believe I stated that should new federal programs should be created in that sense, on the contrary. Instead, I am saying that the federal government could support the provinces' general objectives so that they themselves can introduce various integrated services network models in their communities.

I especially emphasized the point that integrated services networks are not just health and social services networks, because the initial goal, and Dr. Hébert talked about that this morning, is indeed to ensure that the hospital network, in particular, is not clogged by people who have chronic health problems and that hospitals can focus on acute problems. That is why the hospital system was originally created.

We need resources. Resources can come in large part from the federal government, but I do not expect it to develop programs to integrate services. I believe it can provide encouragement with respect to objectives, to the extent they correspond to the values of the Canadian public, to implement various service integration programs. I believe that the Age-Friendly Cities programs are very promising in that respect. I believe there is an integration idea here that the federal government could support in various ways.

I am not an expert on governance and federal-provincial relations. I cannot state a position on the municipal system, but let us integrate services based on local needs, as local players commonly do, because they are the ones who know exactly the nature of the needs of their localities. That is the principle I am trying to state as clearly as possible.

This is not even an issue between federalism and sovereignty, not at all. It is a strategic issue. How do we ensure that our resources are allocated in the most efficient and effective manner possible? To do that, we need evidence, we need proof, and I am not sure there is enough evidence at this time for general models to be introduced wall to wall across Canada, for example.

communautaire que l'intégration peut se faire. Lorsque l'on gravit les échelons de la structure organisationnelle, il devient difficile d'assurer l'intégration au niveau des ministères gouvernementaux. Je pense qu'on se heurte alors à des situations très frustrantes. C'est le moins que l'on puisse dire.

Comment répondez-vous à cette observation?

[Français]

M. Murray : J'ai énoncé des principes généraux, mais il faut effectivement préciser. Votre question est une occasion excellente pour moi d'aller un peu plus loin vers cette idée d'intégration.

Je parlais que le milieu communautaire était le centre de tout ce que nous pouvons appeler intégration de services de santé, de services communautaires, de transport et de tout ce qui concerne le vieillissement, en fait, tout ce qui concerne la personne âgée comme l'unité initiale sur laquelle nous devons nous baser pour élaborer nos services et nos programmes.

Lorsque vous parlez du rôle du gouvernement fédéral, je ne crois pas avoir énoncé qu'on doit créer de nouveaux programmes fédéraux en ce sens, au contraire. Je dis plutôt que le gouvernement fédéral pourrait soutenir les objectifs généraux des provinces pour qu'elles-mêmes puissent implanter dans leurs communautés différents modèles de réseaux de services intégrés.

J'ai surtout insisté sur le point que les réseaux de services intégrés ne sont pas que des réseaux de services de santé et de services sociaux, parce que le but initial, et le Dr. Hébert en a parlé ce matin, est bel et bien de faire en sorte que le réseau hospitalier, notamment, ne soit pas embourbé par des personnes qui ont des problèmes de santé chroniques et que l'hôpital puisse se préoccuper des problèmes aigus. C'est pourquoi le système hospitalier a été créé au départ.

Il faut des ressources. Les ressources peuvent en grande partie provenir du fédéral, mais je ne m'attends pas à ce qu'il élabore des programmes afin d'intégrer les services. Je crois qu'il peut encourager sur le plan des objectifs, dans la mesure où cela correspond aux valeurs de la population canadienne, à implanter différents programmes d'intégration des services. Je crois que les programmes de Villes amies des aînés sont très intéressants à cet égard. Je crois qu'il y a une idée d'intégration ici et que le gouvernement fédéral pourrait soutenir de diverses façons.

Je ne suis pas spécialiste de la gouvernance et des relations fédérales ou provinciales. Quant au réseau municipal, je ne peux pas me prononcer là-dessus, mais intégrons les services en fonction de besoins locaux, et ce, de la manière dont les acteurs locaux le font couramment, parce que ce sont eux qui connaissent exactement la nature des besoins dans leurs localités. C'est le principe que j'essaie d'énoncer le plus clairement possible.

Ce n'est même pas un enjeu entre fédéralisme et souverainisme, pas du tout. C'est un enjeu stratégique. Comment s'assurer que nos ressources soient réparties de la façon la plus efficace et la plus efficiente possible. Pour ce faire, il faut des preuves, il faut des évidences, et je ne suis pas sûr que présentement les évidences soient suffisantes pour que des modèles généralisables soient implantés mur à mur au Canada, par exemple.

I believe it would be preferable to allow the municipalities and local health and transportation organizations, and issue tables in Quebec that have a very good initiative, to support projects. So try to decentralize the organization of services as far as possible, while allowing a coherent transfer of resources, and do not duplicate programs for the same purpose in moving from the federal to the local level.

[English]

Senator Keon: Obviously, you know your subject very well and I agree with everything you have said. The only point I was trying to draw out is that we are in a position where we have to start changing the way we think and put more emphasis on community. Since provincial governments are very, very strapped for funding the health care system and in funding the social services and education and so forth, they do not have the financial capital to make major changes. I think a period of time where the federal government could flow, perhaps with the sunset clause for a limited amount of time, some money to the communities to assist in the integration they are already doing. I think it is very effective at that level and you already confirmed that.

I was trying to get you to make that point, and I appreciate the point you were making.

Mr. Murray: I absolutely agree with you.

The Chair: On Tuesday afternoon, we were in Moncton and we visited what they call the Extra-Mural hospital, a hospital without walls. This hospital only delivers services in the patient's home. We saw nurses, occupational therapists, physiotherapists, respiratory technologists, pharmacists and palliative care workers all delivering into the community. They never go to the hospital. They deliver only in the community.

I was very impressed. It seemed to me that this was the best kind of integration of health care services. Obviously, there are other services that patients need, but these particular health care services are delivered so that people can remain in their homes as long as possible and can, if they are in hospital, return to their homes as quickly as possible after a surgery or after an acute episode, et cetera.

Those are the kinds of services that I believe can only be delivered at the community level. Those are services, which the federal government, in my view, has and should not have any involvement in other than the big one, which is the money. The federal government can extend the money to communities through the provinces from the federal purse, which is the largest financial purse in the country. With adequate funding the federal government can make that integration and coordination of services take place.

We are struggling as to how to write a document to impress upon the federal government that it has an obligation to provide the dollars in order to make this happen. Senator Keon, who was himself a physician and who headed the Ottawa Heart Institute for many, many years and who is certainly involved in the high-

Je crois qu'il serait préférable de laisser les municipalités ou les organisations locales de santé ou de transport, et des tables de concertation au Québec qui ont une très bonne initiative pour soutenir des projets. Alors, essayer de décentraliser au maximum l'organisation des services tout en permettant un transfert des ressources cohérent, et ne pas dupliquer les programmes pour un même objet, en passant du fédéral jusqu'au niveau local.

[Traduction]

Le sénateur Keon : De toute évidence, vous connaissez très bien votre sujet, et je suis d'accord avec vos propos. Ce que j'essayais de vous faire dire, c'est qu'il faut commencer à changer notre façon de penser et mettre davantage l'accent sur le volet communautaire. Étant donné que les gouvernements provinciaux ont un besoin criant de fonds pour financer le système des soins de santé, les services sociaux, l'éducation, et cetera, ils n'ont pas la capacité financière d'apporter des changements d'envergure. On pourrait envisager ceci : au cours d'une période de temps limitée, le gouvernement fédéral injecterait des fonds dans les collectivités pour appuyer les efforts d'intégration qu'elles font déjà. J'estime que l'intégration est très efficace à ce niveau. D'ailleurs, vous l'avez déjà confirmé.

Je voulais vous amener à faire valoir cet argument, et je comprends fort bien votre point de vue.

M. Murray : Je suis tout à fait d'accord avec vous.

La présidente : Mardi après-midi, à Moncton, nous avons visité ce que l'on appelle l'hôpital extra-mural, un hôpital sans murs. Cet hôpital offre uniquement des services à domicile. Nous avons vu des infirmières, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes, des inhalothérapeutes, des pharmaciens et des intervenants en soins palliatifs qui offrent tous leurs services dans la communauté. Ils ne vont jamais à l'hôpital. Ils travaillent uniquement dans la collectivité.

J'ai été très impressionnée. À ce qu'il m'a semblé, cela était le meilleur type d'intégration possible des services de santé. Évidemment, il y a d'autres services dont les patients ont besoin, mais on offre ces services de santé particuliers aux personnes âgées pour leur permettre de rester chez eux le plus longtemps possible. S'ils vont à l'hôpital à cause d'une crise ou pour subir une chirurgie, ils peuvent aussi rentrer à la maison le plus rapidement possible.

Voilà le genre de services qui, à mon avis, peuvent uniquement être fournis au niveau communautaire. Ce sont des services qui ne nécessitent aucunement l'intervention du gouvernement fédéral, si ce n'est au niveau financier. Le gouvernement fédéral peut appuyer financièrement les collectivités par l'entremise des provinces, puisqu'il est le plus grand bailleur de fonds du pays. Grâce à un financement suffisant du gouvernement fédéral, on pourra réaliser l'intégration et la coordination des services.

Nous nous cassons la tête pour savoir comment rédiger un document qui fera comprendre au gouvernement fédéral qu'il a l'obligation de fournir l'argent nécessaire à la réalisation de cet objectif. Le sénateur Keon, un médecin qui a déjà dirigé l'Ottawa Heart Institute pendant de nombreuses années et qui connaît bien

tech medical field, would be the first to tell you that we have to change the way we deliver health care in this country. We have to make it a community-friendly and, more important, a patient-friendly system of delivery of care.

[*Translation*]

Mr. Murray: I agree with what you said about managing these federal resources in order to support the communities. That is the same approach as I took earlier when I spoke with Dr. Keon.

One point I would like to add to your speech is the point concerning knowledge transfers, from which we would benefit greatly if it were pan-Canadian. My dream is a set of pilot projects that might enable us to develop projects, to adopt the most efficient and effective approaches for improving services in the community.

We have evidence that home support and service in the communities, as you call it, are distinctly more effective in solving chronic health problems and social problems that are often long term or that we could also, in a sense, characterize as chronic.

So why not head in that direction? I entirely agree with you, but, once again, let us improve our approach and start to develop genuine expertise in the management of integrated community services.

Mr. Rodrigue: Earlier, I talked about home care. This is a very great concern. We have tried in Quebec. We have closed our psychiatric hospitals, we have taken these people and put them on the street, and washed our hands of them. There are no financial resources, no help whatever, no one to supervise them. We must make sure they take their medication and so on. That flopped, and it has not yet been corrected.

The first thing to do is to start correcting that situation. That is the first thing we have to do in Quebec, correct that situation, follow these people right through to the end. This week we heard some psychiatrists who no longer want to work in the prisons and who said: "Your time is up, your treatment is not finished, good bye, go home or onto the street, goodnight, friends. Two or three months later, you find him in a mess in the street or getting into trouble in his neighbourhood."

Second, home care is all well and good. Releasing people from the hospitals as soon as possible is something we do here in Quebec. Ask people who need an operation; they do not spend a lot of time in hospital; they are immediately sent home and are not taken care of. Consider the example of the 82-year-old woman and her 85-year-old husband who has just had a leg amputated and who was sent home. The guy weighs 250 pounds, and his wife weighs 100 pounds. What care do they have? They have a nurse who will go there for half an hour, two or three times a week. What does she do? The man falls down, and she is required to call the police to help her pick him up. It is abnormal situations like this that we are experiencing. That is why we said earlier in the

la technologie médicale de pointe, serait le premier à vous dire qu'il faut changer notre façon de prodiguer des soins de santé au Canada. Il faut que la prestation de services soit axée sur la communauté et, chose plus importante encore, sur le patient.

[*Français*]

M. Murray : Je suis d'accord avec ce que vous avez dit sur le plan de la gestion de ces ressources fédérales afin de soutenir les communautés. C'est la même approche que j'avais tout à l'heure lorsque j'ai parlé avec le Dr Keon.

Un élément que j'aimerais ajouter à votre intervention est l'élément relatif au transfert des connaissances, dont on bénéficierait beaucoup s'il était pancanadien. Ce dont je rêve est un ensemble de projets pilotes qui nous permettraient peut-être de développer des projets, de bien saisir les approches qui sont les plus efficaces et efficaces pour améliorer les services dans la communauté.

Nous avons les évidences selon lesquelles le soutien à domicile et le service dans les communautés, comme vous l'appellez, sont nettement plus efficaces pour régler les problèmes de santé chroniques ou les problèmes sociaux qui sont souvent à long terme ou que nous pourrions aussi qualifier de chroniques, dans un sens.

Donc, pourquoi ne pas aller dans cette voie? Je suis parfaitement d'accord avec vous, mais encore, améliorons nos approches, commençons à développer une véritable expertise dans la gestion des services communautaires intégrés.

M. Rodrigue : Tantôt, j'ai parlé des soins à domicile. C'est une très grande préoccupation. On a essayé au Québec. On a fermé nos hôpitaux psychiatriques, on a pris ces gens et on les a envoyés dans la rue, et on s'en est lavé les mains. Il n'y a pas de ressources financières, aucune aide de qui que ce soit, personne pour les surveiller. Il faut s'assurer qu'ils prennent bien leur médication et tout le reste. Cela a fait un flop, et ce n'est pas encore corrigé.

La première chose à faire c'est de commencer à corriger cette situation. C'est la première chose qu'on doit faire au Québec, corriger cette situation, suivre ces gens jusqu'au bout. On a entendu cette semaine des psychiatres qui ne veulent plus travailler dans les prisons et qui disaient : « ton temps est fini, ton traitement n'est pas fini, bonjour, vas-t'en chez vous ou dans la rue, bonsoir les copains. Deux ou trois mois après, tu le ramasses à la petite cuillère dans la rue ou à faire toutes sortes de conneries dans son quartier. »

Deuxièmement, le maintien à domicile, c'est bien beau. Sortir les gens des hôpitaux le plus vite possible, on le fait ici au Québec. Demandez aux gens qui ont besoin d'une opération, ils ne moisissent pas dans les hôpitaux, on les renvoie tout de suite à la maison et on ne s'en occupe pas. Prenons l'exemple de la dame de 82 ans et de son mari de 85 ans qui vient de se faire couper une jambe et que l'on retourne chez lui. Le gars pèse 250 livres, la madame en pèse 100 livres. Quels soins ont-ils? Ils ont une infirmière ou un infirmier qui va y aller pour une demi-heure, deux ou trois fois par semaine. Elle fait quoi, elle? Le monsieur tombe par terre, elle est obligée d'appeler la police pour l'aider à le ramasser. Ce sont des aberrations comme celle-là qu'on vit. C'est

report that it will take funding in order to train volunteers. You cannot take care of someone who comes out of hospital if you are not a nurse or you do not have the least knowledge of what to do. You have to give the right pill at the right time. You have to change dressings. There are precautions to take. We will have to start by educating our people, and then we will talk about home care.

There is a nurse in Montreal or Quebec City who works in the street. He goes from house to house, at his own expense — he is not paid — to change dressings and provide care for people. There is a doctor in Montreal providing private service. He goes to people's houses. You call him, like in my grandfather's time, and he goes to your house. We need people like them, but the reality is quite different. They are closed up in offices and I think they waste an enormous amount of time.

I was in Florida this winter, and my wife had to go to the clinic. When you get there, a nurse takes your blood pressure and temperature. You do not need a doctor to do that. So when the doctor arrives to see you, he already has your file. He knows everything. He has not wasted half an hour. He takes five minutes, gives you a prescription and bye bye.

We will have to review that as well. They say they want nurses here to start performing medical procedures, but nurses are overworked. I have nothing against a nurse who does a little medical work, but she will not be on the floor; she will be somewhere else in the hospital.

The third point is that there is too much paperwork. Doctors, nurses and all workers spend three-quarters of their time completing reports. You cannot make me believe we need that much. Let people practise medicine, what they were trained to do, not do paperwork.

In Quebec, they have promised shorter waiting times, but it is worse than ever. We will have to start over from scratch.

[English]

Senator Mercer: Mr. Rodrigue, in your presentation, you drew our attention to something we have heard before, and you did it in a dramatic way in talking about Statistics Canada's figure of the poverty threshold being \$21,665 and that the GIS along with the CPP and the Quebec Pension Plan comes to \$15,800. You do not have to say a lot more than that to understand the problem.

I want to hear your opinion on a guaranteed annual income.

I should mention to you that this morning, Senator Carstairs mentioned to someone else the automatic enrolment in the GIS. I never give this government credit for anything, but I will give it credit for starting to correct that problem.

pour cela qu'on disait tantôt dans le rapport que cela va prendre du financement pour former les bénévoles. Une personne ne peut pas prendre soin de quelqu'un qui sort d'un hôpital si elle n'est pas infirmière ou si elle n'a pas la moindre connaissance des gestes à poser. Il faut donner la bonne pilule au bon moment. Il faut changer le pansement. Il y a des précautions à prendre. Il va falloir commencer par faire l'éducation de nos gens et, après, on parlera des soins à domicile.

À Montréal ou à Québec, il y a un infirmier qui fait du travail de rue. Il va d'une maison à l'autre, à ses frais — il n'est pas rémunéré — pour aller changer des pansements et donner des soins à des personnes. Il y a un médecin à Montréal qui fait du service privé. Il va dans les maisons. Tu l'appelles, comme dans le temps de mon grand-père, et il va aller chez vous. On a besoin de gens comme eux, mais la réalité est tout autre. Ils sont renfermés dans des bureaux et je trouve qu'ils perdent énormément de temps.

J'étais en Floride cet hiver et ma femme a été obligée d'aller à la clinique. Quand tu arrives, c'est un infirmier qui prend ta pression et ta température. Tu n'as pas besoin d'un médecin pour le faire. Alors quand le médecin arrive pour te voir, il a déjà ton dossier. Il sait tout. Il n'a pas perdu une demi-heure. Il prend cinq minutes, donne ta prescription, et bonjour.

C'est cela aussi qu'il va falloir réviser. Ils parlent justement qu'ils veulent que les infirmières d'ici commencent à poser des actes médicaux, mais les infirmières sont surchargées. L'infirmière qui va faire un peu de travail de médecine, je n'ai rien contre, mais elle ne sera pas sur le plancher, elle sera ailleurs dans l'hôpital.

Troisième chose, il y a trop de paperasse. Les médecins, les infirmières et tous les intervenants passent les trois quarts de leur temps à remplir des rapports. On ne me fera pas croire qu'ils en ont besoin autant. Laissez les gens pratiquer la médecine, ce dont ils ont été formés, non pas remplir de la paperasse.

Au Québec, on nous a promis moins de temps d'attente, mais c'est pire que jamais. Il faudra repartir à zéro.

[Traduction]

Le sénateur Mercer : Monsieur Rodrigue, dans votre exposé, vous attirez notre attention sur un problème dont on nous a déjà parlé, mais vous l'avez illustré de façon très pertinente. Vous avez dit que pour Statistique Canada, le seuil de la pauvreté s'établit à 21 665 \$. Or, le total combiné du SRG, du RPC et du Régime de rentes du Québec est de 15 800 \$. Pas besoin d'en dire plus pour comprendre le problème.

Je voudrais connaître votre opinion au sujet d'un revenu annuel garanti.

Il faut que je vous dise que ce matin, le sénateur Carstairs a signalé à quelqu'un d'autre l'adhésion automatique au SRG. Je ne suis pas du genre à féliciter le gouvernement pour quoi que ce soit, mais je lui accorde le crédit d'avoir commencé à remédier à ce problème.

Quebec has such a terrific record on this issue, because nobody gets past this in Quebec, which is good, and now the federal government is going to enrol people automatically who qualify for the GIS without them ever filling out a form. So that problem is solved.

I want to go back to the gap between the \$21,665 and the \$15,800. Do you think we need to be looking at a guaranteed annual income as opposed to what we have now?

Mr. Rodrigue: Whether you are 25 years of age or 75 years of age, it is always the money. Like they say in English, money talks. You are telling people, if you earn under \$22,000 a year, you are going to have trouble or you are in trouble, but we will give you just \$15,000, okay? So, try to make up for the other missing \$5,000. If they are sick or ailing, they cannot make up for that \$5,000, but they are going to pay the same price as you and me for the butter and the milk. They are going to pay the rent at the same time.

That is why we have to take care of those people because if we are here today, we can lift our hat to those people. We have to think of the people who are coming after us too, and do not forget, we are going to be there in a few years. So, what we are doing today, we are doing for them but we are doing for us, and we have to think of doing it for the others who are going to come in 10 years and 20 years from now.

We have to think ahead, not just for tomorrow, for those studies, because we will probably be in need or somebody in our family could probably be in need in 15 years. We do not know what can happen.

What pisses me off, excuse me, is the money, the federal and Quebec governments always say, we spend, we spend, but they never say “on gaspille,” “we throw the money away.” When you see the Auditor General’s report, it is reported for two days in the newspapers, on television, and after, it is goodbye. So when she makes a report and she says that such department, it is not going well there, too many expenses, why do not they come to the House of Commons every year and bring the paper to see if they have corrected the problem or not. This is what should be done. That would have more teeth and that would solve many problems.

The Chair: On that note, I want to thank Mr. Murray, Mr. Rodrigue, Mr. Demers and Mr. Beaulieu.

[Translation]

Senators, let us now go to our last panel.

We are pleased to welcome Ms. Marie Beaulieu, Professor, Social Service, University of Sherbrooke. Welcome.

Le Québec peut s’enorgueillir d’un bilan remarquable à ce sujet car personne ne passe au travers des mailles du filet au Québec, ce qui est très bien. Dorénavant, le gouvernement fédéral inscrira automatiquement les gens admissibles au SRG, sans qu’ils aient à remplir quelque formulaire que ce soit. Par conséquent, ce problème est résolu.

Je veux revenir sur l’écart entre 21 665 \$ et 15 800 \$. Pensez-vous qu’il faille envisager un revenu annuel garanti, par opposition aux régimes que nous avons présentement?

M. Rodrigue : Que vous ayez 25 ans ou 75 ans, l’argent fait toujours problème. L’argent, c’est la clé. On livre aux gens le message suivant : si vous gagnez moins de 22 000 \$ par année, vous allez avoir du mal à joindre les deux bouts. Peut-être êtes-vous déjà dans le pétrin, mais nous allons vous donner seulement 15 000 \$, d’accord? Par conséquent, faites ce que vous pouvez pour aller chercher les 5 000 \$ manquants. Les personnes malades, ou dont la santé est chancelante, ne peuvent combler cet écart de 5 000 \$. Cependant, ils doivent acheter leur lait et leur beurre au même prix que vous et moi. Ils sont tenus de payer leur loyer à la même date que les autres.

Voilà pourquoi nous devons nous occuper de ces personnes âgées. Si nous sommes ici aujourd’hui, c’est à elles que nous le devons, et elles méritent qu’on leur lève notre chapeau. Il faut aussi penser aux gens qui viendront après nous, et ne pas oublier que nous serons âgés nous-mêmes dans quelques années. Par conséquent, ce que nous faisons aujourd’hui, nous le faisons pour eux, mais nous le faisons aussi pour nous. Il faut penser à ceux qui viendront après nous, dans 10 ou 20 ans d’ici.

Dans le cadre de ces études, il faut penser à l’avenir, et voir plus loin que demain car nous pourrions être dans le besoin — ou quelqu’un de notre famille pourrait l’être — dans 15 ans. On ne sait pas ce qui peut arriver.

Ce qui me scandalise, c’est la question de l’argent. Les gouvernements fédéral et du Québec répètent toujours qu’ils investissent; ils ne disent jamais qu’ils gaspillent ou qu’ils jettent l’argent par les fenêtres. Le rapport du vérificateur général fait les manchettes pendant deux jours dans la presse écrite et électronique et après, cela disparaît du radar. Dans son rapport, lorsqu’elle pointe du doigt un ministère où les choses ne vont pas bien, où les dépenses sont excessives, pourquoi les dirigeants de ce ministère ne sont-ils pas convoqués à la Chambre des communes tous les ans pour que l’on puisse savoir, rapport en main, si le problème a été corrigé ou non. Voilà ce qu’on devrait faire. Ce procédé aurait plus de mordant et permettrait de résoudre de nombreux problèmes.

La présidente : Sur cette note, je remercie M. Murray, M. Rodrigue, M. Demers et M. Beaulieu.

[Français]

Honorables sénateurs, passons maintenant à notre dernière table ronde.

Nous avons le plaisir d’accueillir Mme Marie Beaulieu, professeur, service social, Université de Sherbrooke. Je vous souhaite la bienvenue.

Marie Beaulieu, Professeure, Service social, Université de Sherbrooke, en tant qu'individu : Madame, c'est un plaisir de vous accueillir aujourd'hui.

Je tiens à dire que j'ai lu avec beaucoup d'intérêt le document que vous m'avez fait parvenir et j'ai compris que l'invitation que vous m'avez lancée était plus particulièrement en lien avec le programme Villes amies des aînés de l'Organisation mondiale de la Santé, donc le programme connu sous le terme Age Friendly Cities.

Si vous le permettez, puisque je suis votre seule présentatrice, je vais quand même vous faire deux petits clin d'œil sur deux autres sujets que vous abordez dans votre rapport et qui m'apparaissent très importants.

Le premier point sur lequel j'aimerais revenir est toute la question de la formation dans le secteur de la gérontologie et dans le secteur du vieillissement de façon plus globale. Ensuite, je vais vous parler d'une thématique de recherche sur laquelle je travaille depuis 20 ans, qui est vraiment au cœur de mes travaux, soit la maltraitance envers les aînés. Vous en parlez dans votre rapport.

Évidemment, je me garde comme dessert tout ce nouveau programme Villes amies des aînés, étant donné que c'est un mouvement international dans lequel le Canada a joué un rôle de leadership.

En ce qui concerne les programmes de formation en gérontologie et dans le domaine du vieillissement, nous avons ici à l'Université de Sherbrooke une maîtrise en gérontologie qui existe depuis une vingtaine d'années déjà, et nous avons aussi un doctorat en gérontologie qui existe depuis maintenant cinq ans. C'est le seul doctorat en gérontologie au monde qui s'enseigne en français et tous nos articles scientifiques sont basés sur la littérature internationale. On travaille beaucoup avec une littérature anglophone, et on reçoit énormément d'étudiants étrangers.

Je vous parle de cela, car c'est pour moi une préoccupation fondamentale. Celle qu'on ne perd pas de vue, quand on traite du vieillissement, qu'on aborde trois volets, c'est-à-dire toutes les dimensions plus biologiques ou santé, et cela, on en entend assez souvent parler, mais il y a aussi les dimensions psychologiques et sociales.

Pour moi, il importe de préparer la relève en recherche parce que dans le champ du vieillissement, bien que depuis une vingtaine d'années il y a eu des investissements en recherche, on se rend compte que cela a été pendant longtemps le parent pauvre, il y avait moins de problématique, moins de thématique. Depuis qu'on fait beaucoup de recherches, on se rend compte que les connaissances arrivent quand même à une vitesse importante.

Je ne voudrais pas vous parler juste de la formation des chercheurs. Je suis aussi rattachée à l'école de service social à l'Université de Sherbrooke, et on a développé depuis deux ans, à l'intérieur de la maîtrise en service social, une concentration en gérontologie. Je vous parle de cela parce qu'il y a vraiment un constat très important.

Marie Beaulieu, professeure, Service social, Université de Sherbrooke, à titre personnel : Madame la présidente, c'est un plaisir d'être ici, devant vous aujourd'hui.

Je tiens à dire que j'ai lu avec beaucoup d'intérêt le document que vous m'avez fait parvenir et j'ai compris que l'invitation que vous m'avez lancée était plus particulièrement en lien avec le programme Villes amies des aînés de l'Organisation mondiale de la Santé, donc le programme connu sous le terme Age Friendly Cities.

Si vous le permettez, puisque je suis votre seule présentatrice, je vais quand même vous faire deux petits clin d'œil sur deux autres sujets que vous abordez dans votre rapport et qui m'apparaissent très importants.

Le premier point sur lequel j'aimerais revenir est toute la question de la formation dans le secteur de la gérontologie et dans le secteur du vieillissement de façon plus globale. Ensuite, je vais vous parler d'une thématique de recherche sur laquelle je travaille depuis 20 ans, qui est vraiment au cœur de mes travaux, soit la maltraitance envers les aînés. Vous en parlez dans votre rapport.

Évidemment, je me garde comme dessert tout ce nouveau programme Villes amies des aînés, étant donné que c'est un mouvement international dans lequel le Canada a joué un rôle de leadership.

En ce qui concerne les programmes de formation en gérontologie et dans le domaine du vieillissement, nous avons ici à l'Université de Sherbrooke une maîtrise en gérontologie qui existe depuis une vingtaine d'années déjà, et nous avons aussi un doctorat en gérontologie qui existe depuis maintenant cinq ans. C'est le seul doctorat en gérontologie au monde qui s'enseigne en français et tous nos articles scientifiques sont basés sur la littérature internationale. On travaille beaucoup avec une littérature anglophone, et on reçoit énormément d'étudiants étrangers.

Je vous parle de cela, car c'est pour moi une préoccupation fondamentale. Celle qu'on ne perd pas de vue, quand on traite du vieillissement, qu'on aborde trois volets, c'est-à-dire toutes les dimensions plus biologiques ou santé, et cela, on en entend assez souvent parler, mais il y a aussi les dimensions psychologiques et sociales.

Pour moi, il importe de préparer la relève en recherche parce que dans le champ du vieillissement, bien que depuis une vingtaine d'années il y a eu des investissements en recherche, on se rend compte que cela a été pendant longtemps le parent pauvre, il y avait moins de problématique, moins de thématique. Depuis qu'on fait beaucoup de recherches, on se rend compte que les connaissances arrivent quand même à une vitesse importante.

Je ne voudrais pas vous parler juste de la formation des chercheurs. Je suis aussi rattachée à l'école de service social à l'Université de Sherbrooke, et on a développé depuis deux ans, à l'intérieur de la maîtrise en service social, une concentration en gérontologie. Je vous parle de cela parce qu'il y a vraiment un constat très important.

Young social workers in training, it must be said in all honesty, are generally more interested in childhood and the family. These are the most attractive subjects. At the same time, let us be realistic: the clientele of future social workers will consist mostly of seniors.

I am always struck, even a bit shocked, to realize that, in most of the major social work schools in the country, the senior care course is not even compulsory; it is an elective. I think it is a fundamental error if we do not present our future social workers with an attractive, well prepared curriculum, because they will wind up working with seniors without having any idea of what is normal aging and what is pathological aging.

You will agree with me that, in general, and you talk about this in your report, people have a rather negative idea of aging. There is an entire section on ageism which I enjoyed. It is as though, from the outset, being older means being sick, which means being costly for the health and social service system. These are obviously things that I fight every day, among other things by doing much more to promote social participation by seniors, to the extent they can do so, until the end of their lives.

I talked to you about social workers because that is what I know. However, I am in touch with professors at the nursing school. I am also in touch with people in medicine, occupational therapy and physical therapy. In fact, the greatest concern for me in telling you about training is preparing not only the next generation of researchers, but also our future case workers, those who will be working with us, working with seniors from a broad and stereotype-free knowledge base. We have some major challenges ahead of us.

I will now stop talking about the training component, but, if you want to go back to it, I can obviously talk to you more about our specific training content.

The second point I wanted to talk to you about was the entire issue of elder abuse. This afternoon, I brought two documents, of which I tabled three copies that will be distributed to you. As you are no doubt aware, we had an extensive public consultation on the living conditions of seniors in Quebec, consultations which were conducted last summer and fall and during which I had the pleasure to submit two briefs, one on abuse and the other on Age-Friendly Cities.

I am pleased to submit those two briefs to you as well, noting that my thinking has evolved in the past six months, but not enough to say that these documents have become obsolete.

Elder abuse is a theme that I think is fundamental. We have been talking about it for about 30 years, but we now realize that, in social policy and orientation terms, and I would even say in terms of action, we still have a lot of work to do. In fact, it is only

Les jeunes travailleurs sociaux qui sont en formation, il faut être honnête, s'intéressent en général davantage à l'enfance et à la famille. Ce sont les sujets les plus attirants. En même temps, soyons réalistes, la clientèle des futurs travailleurs sociaux sera majoritairement des personnes âgées.

Je suis toujours frappée, voire même un peu choquée, de me rendre compte que dans la plupart des grandes écoles de service social au pays, le cours d'intervention auprès des personnes âgées n'est même pas un cours obligatoire, c'est un cours au choix. Cela m'apparaît être une erreur fondamentale si on ne présente pas des cursus bien ficelés et attirants pour nos futurs travailleurs sociaux, parce qu'ils vont se retrouver devant des aînés sans avoir une idée de ce qu'est le vieillissement normal et ce qui est le vieillissement pathologique.

Vous conviendrez avec moi qu'en général, vous en parlez dans votre rapport, les gens ont une vision plutôt négative du vieillissement. Il y a toute une section sur l'âgisme que j'ai bien aimée. C'est comme si d'emblée être âgé égal être malade, égal coûteux pour le système de santé et les services sociaux. Évidemment, ce sont pour moi des choses contre lesquelles je me bats tous les jours, entre autres, en valorisant beaucoup plus la participation sociale des aînés, et ce, dans leur juste mesure, et ce, jusqu'à la fin de la vie.

Je vous ai parlé des travailleurs sociaux parce que c'est ce que je connais. Toutefois, je suis en contact avec des professeurs à l'école des sciences infirmières. Je suis aussi en contact avec des gens en médecine, en ergothérapie et en physiothérapie. En fait, pour moi la préoccupation la plus grande quand je vous parle de formation c'est de préparer non seulement la relève en recherche, mais de préparer aussi nos futurs intervenants, donc, ceux qui vont travailler auprès de nous, à bien intervenir auprès des aînés par une connaissance large et exempte de stéréotypes. On a quand même à faire face à de gros défis.

Je vais m'arrêter là pour le volet formation, mais évidemment si vous voulez y revenir, je pourrai vous parler plus des contenus spécifiques de nos formations.

Le deuxième point dont je voulais vous parler, c'est toute la question de la maltraitance envers les aînés. J'ai apporté cet après-midi deux documents, que j'ai déposés en trois exemplaires et qui vous seront remis. Vous n'êtes pas sans savoir qu'on a eu une vaste consultation publique sur les conditions de vie des aînés au Québec, consultations qui se sont faites à l'été et à l'automne dernier, durant lesquelles j'ai eu le plaisir de déposer deux mémoires, un premier sur la maltraitance et le second sur Villes amies des aînés.

Il me fait plaisir de vous remettre à vous aussi ces deux mémoires, en vous disant qu'en six mois, ma pensée a évolué, mais pas suffisamment pour dire que ces documents sont rendus obsolètes.

La maltraitance envers les aînés, c'est une thématique qui est, à mon sens, fondamentale. Cela fait une trentaine d'années qu'on en parle, mais on se rend compte qu'en termes de politiques sociales, d'orientation, je vous dirais même de plan d'action, on a

since 2002 that we have been able to say that we have a common definition of abuse, a definition that was adopted at an international convention held in Toronto.

This definition gives us a common basis on which researchers, but especially seniors, workers, members of the families and social and public policy planners can agree and say that we are talking about the same thing.

If we were to make an initial recommendation, it would be that we should ensure that we have a common vocabulary. It is not obvious for everyone what abuse, violence and negligence are.

The issue of senior abuse, for me, is the third type of family violence, and the least well documented. Allow me to explain. We are very advanced in our knowledge of violence against children and we have established a certain number of resources and social responses to the problem.

We have also made a lot of progress in the past 20 to 30 years on spousal abuse, and, here again, we have established policies and action plans. We have not made spousal abuse a specific crime, but we have organized matters so that the Criminal Code is enforced in cases where it is indeed necessary, whereas, for children, as you know, we have tended toward youth protection laws.

The third area is elder abuse, and this is a field that I think is distinctly more complex because it can occur in seniors' residences, but there was also this entire issue of senior abuse in an institutional context. Just as, in child abuse, we know it is generally the parents who are the abusers, so we know, in spousal abuse, that it is generally the spouse who will be violent.

The issue is highly complex in the case of elder abuse because, at home, people may find themselves in couple situations in which there is continuing spousal abuse, but also occasional abuse, and this very much struck me in some of my research work. Suddenly there will appear forms of violence or negligence that were not previously part of the couple's situation. In those instances, it is important to understand what has happened.

We did a follow-up of actual cases over one year, and we were able to determine that, when abuse becomes established between a couple and was not previously there, it is generally related much more to a loss of independence in one of the two partners, and the other one does not really know how to deal with the situation.

This leads us, among other things, to issues of home support for people who are losing their independence and good preparation so that caregivers are in fact able to play their role well.

encore beaucoup de chemin à faire. En fait, c'est seulement depuis 2002 qu'on peut dire qu'on a une définition commune de la maltraitance, définition qui a été adoptée dans le cadre d'une convention internationale qui a eu lieu à Toronto.

Cette définition nous permet d'avoir une assise commune où à la fois des chercheurs, mais surtout des personnes âgées, des intervenants, des membres des familles, des planificateurs de politiques sociales et de politiques publiques, peuvent s'entendre et dire qu'on parle de la même chose.

Si on avait une première recommandation à faire, ce serait de s'assurer qu'on ait un vocabulaire commun. Ce n'est pas clair pour tout le monde ce qu'est la maltraitance, la violence et la négligence.

La question de la maltraitance envers les aînés, c'est pour moi la troisième violence entre proches, et c'est celle qui est la moins bien documentée. Je m'explique. On est très avancé en matière de connaissances sur la violence envers les enfants et on s'est donné quand même un certain nombre de moyens, des réponses sociales à ce problème.

On a aussi beaucoup cheminé depuis 20 à 30 ans en matière de violence conjugale, et encore là, on s'est donné des politiques et des plans d'action. On n'a pas fait de la violence conjugale un crime en particulier, mais on s'est organisé pour que le Code criminel soit bien appliqué dans les cas où c'était effectivement nécessaire alors que chez les enfants, comme vous le savez, on a plutôt été vers des lois de protection de la jeunesse.

Le troisième champ est celui de la violence envers les aînés, et c'est un champ qui, pour moi, est nettement plus complexe parce qu'il peut se produire au domicile des aînés, mais il y avait aussi toute cette problématique de la maltraitance envers les aînés en milieu d'hébergement. Donc, autant en maltraitance des enfants, on sait que c'est en général les parents qui sont les maltraitants, autant en violence conjugale on sait que c'est en général le conjoint ou la conjointe qui va être violent ou violente.

Dans le cas de la maltraitance envers les aînés, la complexité est grande parce qu'à domicile, on peut se retrouver dans des situations de couple où soit qu'il y a de la violence conjugale qui se poursuit, mais aussi de temps en temps et cela m'a beaucoup frappée dans certains de mes travaux de recherche, on va voir apparaître tout à coup des formes de violence ou de négligence alors que ce n'était pas dans le portrait du couple. Là, il importe de comprendre ce qui s'est passé.

On a fait un suivi de cas réels pendant un an, et cela nous a permis de cerner que quand une maltraitance s'installe dans un couple et que ce n'était pas là avant, en général, c'est beaucoup relié à la perte d'autonomie d'un des deux partenaires du couple, et l'autre ne sait pas très bien comment composer avec la situation.

Ceci nous ramène aux enjeux, entre autres, du soutien à domicile pour les gens en perte d'autonomie et d'une bonne préparation pour que les aidants soient effectivement en mesure de bien exercer leur rôle.

I was telling you about couples. There are also adult children or grandchildren who can abuse seniors, and we also see the entire phenomenon of proximity, that is of people who are abused by those in their circle. It may be the neighbour who does the shopping, who goes and buys a quart of milk with a \$20 bill and comes back with the quart of milk, but does not give back the change. I am giving you a trivial example, but there are dramatic cases involving seniors who are literally dispossessed of their property and finances by those close to them.

In an institution, there are two components that must be looked at. When we look across Canada, we can really equip ourselves from the various health orientations. These are all the more organizational issues, that is to say what is an acceptable institutional environment, and how we can ensure that there is a certain degree of quality control. When we say that, we have to look at organizational policies and schedules, among other things.

The example I often give, which is a shocking example for me, is the fact that every shift is responsible for serving a meal, which means that night employees will be responsible for breakfast, day employees for lunch and evening employees for supper.

What really shocks me is realizing that night employees, who finish at 7:30 or 8:00 a.m., will start waking up seniors at 5:00 or 5:30 a.m. in order to have the time to dress them, feed them and put away the trays before the day employees arrive. In those cases, I do not think it is the workers who are at fault, but rather our management practices and practices for organizing those environments where we have long boasted that our institutional environments are living environments, but you sometimes wonder to what extent they are real living environments.

In institutions, there is also the entire problem that must be looked at of a staff that is poorly trained and poorly supervised. A lot of people who work in our institutions have never been trained in gerontology or geriatrics, even people who do not even have reception centre attendant training in which they learn a certain amount of information.

It is as though we are less concerned about the professionalism or quality of the training of this personnel than, for example, that of the staff of day care centres, where we are distinctly stricter about people's profile and knowledge. I think we have some basic work to do in this area.

I could say a lot more about that. What it would be important for me to do when we take a pan-Canadian perspective is to emphasize the importance of being able to equip ourselves and to support ourselves. We currently have a network, called the Canadian Network for Prevention of Elder Abuse, CNPEA, which is doing an extraordinary job. People will always say that it is under-funded and asks too much of volunteers. I think we must support this kind of initiative and also continue supporting various research projects to gain a better understanding of what is

Je vous parlais des couples. Il y a aussi des enfants adultes ou des petits-enfants qui peuvent maltraiter les personnes âgées, et on voit aussi tout le phénomène de proximité, donc des gens qui sont maltraités par des gens de leur entourage. Cela peut être le voisin qui va faire des courses, qui va acheter une pinte de lait avec un 20 \$ et qui revient avec la pinte de lait, mais qui ne remet jamais la monnaie. Je vous donne un exemple banal, mais il y a des cas dramatiques de personnes âgées qui sont littéralement dépossédées de leurs biens, de leurs finances par leurs proches.

En institution, il y a deux volets qu'il faut regarder. Quand on jette un regard pancanadien, on peut vraiment s'outiller ensemble à travers des orientations en santé. Ce sont toutes les questions plus organisationnelles, c'est-à-dire qu'est-ce qui est un milieu d'hébergement acceptable et comment on peut s'assurer qu'il y ait un certain contrôle de la qualité. Quand on se dit ça, il faut regarder les politiques organisationnelles et les horaires, entre autres.

L'exemple que je donne souvent, qui est pour moi un exemple choquant, c'est le fait que chaque quart de travail soit responsable de l'administration d'un repas, ce qui veut dire que les employés de nuit vont se charger du petit-déjeuner, les employés de jour de l'heure du lunch, et les employés de soir du repas, donc, le souper.

Ce qui me choque énormément est de se rendre compte que des employés de nuit, qui finissent à 7 h 30 ou 8 heures, vont se mettre à lever des personnes âgées à 5 heures ou 5 h 30 le matin pour avoir le temps de les vêtir, de les faire manger et d'avoir serré les plateaux avant que les employés de jour arrivent. Dans ces cas-là, pour moi, ce ne sont pas les intervenants qui sont fautifs, mais bien nos pratiques de gestion et nos pratiques d'organisation de ces milieux où on se targue depuis longtemps de dire que nos milieux d'hébergement sont des milieux de vie, mais on se demande des fois jusqu'à quel point c'est un vrai milieu de vie.

Il y a aussi en milieu d'hébergement toute la problématique qu'il faut regarder d'un personnel qui est mal formé et mal encadré. Il y a beaucoup de gens qui travaillent dans nos milieux d'hébergement et qui n'ont jamais eu de formation en gérontologie ou en gériatrie, même des gens qui n'ont même pas la formation de préposés aux bénéficiaires dans laquelle ils apprennent un certain nombre d'informations.

C'est comme si on s'est moins préoccupé du professionnalisme ou de la qualité de formation de ce personnel que de celui, par exemple, de la qualité de la formation du personnel dans les garderies, où on est nettement plus sévère par rapport au profil et par rapport aux connaissances des gens. Je pense que là-dessus, on a un travail fondamental à faire.

Je pourrais en dire encore beaucoup. Ce qu'il m'importerait de dire quand on jette un regard pancanadien, c'est de souligner l'importance de pouvoir s'outiller et de bien se soutenir. Il y a actuellement quand même un réseau, qui s'appelle le Canadian Network for Prevention of Elder Abuse, CNPEA, qui fait un travail extraordinaire. On dira toujours qu'il est trop peu financé et demande trop de bénévoles. Je pense qu'il faut soutenir ce genre d'initiative, continuer aussi à soutenir différents projets de recherche pour mieux comprendre ce qui se fait, mais surtout de

being done, but especially to increasingly promote innovative intervention practices in which we learn what works and what does not work in order to provide assistance and support to seniors.

I will also say that we have developed intervention tools over the years. I have developed an intervention tool with which I train social workers so that they can conduct effective clinical follow-up. I have a doctor colleague from Montreal who has developed a screening tool for use in a doctor's office. There is a privileged relationship between the physician and an elderly person because an elderly person will generally see a doctor four to six times a year; so there is a relationship of trust in which the physician has a role to play. Clearly the physician will never conduct a follow-up because it is psychosocial support workers who do it.

So this brings us back, and I will conclude my remarks on abuse with this, to the importance of supporting integrated service networks in which there is interprofessional collaboration, but especially in which seniors are well provided with care and support and are not forgotten along the way. Ultimately, there is nothing worse than doing a screening and having nothing to offer. It is just agonizing for everyone.

I now come to my third subject, Age-Friendly Cities. This is an extraordinary project because it enables us to look at seniors where they live, from the perspective of improving their living conditions.

There are three major themes to Age-Friendly Cities: first, aging in good health while remaining active, and the notion of activity will change with the abilities of each person; second, this entire notion of participation, and thus the social integration of seniors; third, which concerns me, is this notion of security. For people to be healthy and to participate, they must feel secure.

A global guide to Age-Friendly Cities was published on October 1 last, and that is why we say that it is completely new. To prepare this global guide, field research was conducted in 33 cities around the world, and fortunately my colleague Suzanne Garon and I did the field research here in Sherbrooke. So Sherbrooke is one of the 33 pilot cities in the world, which is very pleasant. There were also three other Canadian cities.

I have tabled the brief that Suzanne and I submitted. I am going to refer to the major factors that I think are fundamentally important.

The first is that it is important to look at where people live in terms of the pivot of their human activity, but also the entire notion of progress. We have often associated the issue of aging more significantly with the developed countries, and the Age-Friendly Cities project has made us realize that accelerated aging is a phenomenon around the world and even in the developing countries.

favoriser de plus en plus des pratiques d'intervention novatrices dans lesquelles on va savoir ce qui marche et ce qui ne marche pas pour bien accompagner les personnes âgées.

Je vous dirai aussi qu'on a développé, avec les années, des outils d'intervention. Moi-même j'ai développé un outil d'intervention avec lequel je forme des travailleurs sociaux pour qu'ils puissent faire un suivi clinique efficace. J'ai un collègue médecin de Montréal a développé un outil de dépistage qui se fait dans le cabinet du médecin. Il existe quand même une relation privilégiée entre le médecin et la personne âgée parce qu'en général, une personne âgée va voir son médecin de quatre à six fois par année, donc il y a toute une relation de confiance où le médecin a un rôle à jouer. Il est évident que le médecin ne fera jamais le suivi, parce que ce sont des intervenants psychosociaux qui le font.

Donc, cela nous ramène, et je vais conclure là-dessus pour mon dossier maltraitance, à toute l'importance de bien soutenir les réseaux intégrés de services où il y a de la collaboration interprofessionnelle, mais surtout dans lesquels la personne âgée est bien accompagnée et n'est pas oubliée en cours de route. Dans le fond, il n'y a rien de pire que de faire un dépistage et de rien offrir. C'est juste plus désespérant pour tout le monde.

J'arrive à mon troisième sujet, Villes amies des aînées. C'est un projet extraordinaire parce qu'il nous permet de jeter un regard sur les personnes âgées là où elles vivent, dans une perspective d'améliorer leurs conditions de vie.

Il y a trois grands thèmes à Villes amies des aînés : premièrement, de vieillir en santé tout en restant actif, et la notion d'activité va se moduler en fonction des capacités de tous et chacun; deuxièmement, c'est toute cette notion de participation, donc l'intégration sociale des aînés; troisièmement, ce qui me préoccupe aussi c'est toute cette notion de sécurité. Pour que des gens soient en santé et qu'ils puissent participer, ils doivent se sentir en sécurité.

Il y a un guide mondial des Villes amies des aînés qui est sorti le 1^{er} octobre dernier, c'est pour cela qu'on dit que c'est tout nouveau. Pour monter ce guide mondial, de la recherche sur le terrain a été faite dans 33 villes au monde et, par bonheur, ma collègue Suzanne Garon et moi-même avons réalisé la recherche sur le terrain ici à Sherbrooke. Donc, Sherbrooke est l'une des 33 villes pilotes au monde, ce qui est très agréable. Il y avait quand même trois autres villes canadiennes.

J'ai aussi déposé le mémoire que Suzanne Garon et moi avons remis. Je vais reprendre les grands éléments qui sont pour moi fondamentaux.

Le premier est toute l'importance de regarder là où les gens vivent en termes de pivot de leur activité humaine, mais aussi toute la notion du progrès. On a souvent associé la question du vieillissement de façon plus importante aux pays développés, et le projet Villes amies des aînés nous a permis de nous rendre compte que l'accélération du vieillissement est un phénomène présent à travers le monde et même dans les pays en voie de développement.

What counts here is that cities be adapted to the needs of seniors so that we can meet the challenge of demographic aging together. The program initially focused on the major cities, on the basis that the major cities have the human, economic and social resources necessary to make innovative changes so that seniors can age well there.

We also said that major cities are also focal points because, as they age, people can very often tend to move closer to services, and thus to the major centres.

What characterizes us in Canada is that, although we are entirely reconciled with the Age-Friendly Cities approach to large cities, the money has been given to much smaller cities. When you look at a city like Saanich, for example, or Portage-La-Prairie, or a city like Sherbrooke, with 150,000 inhabitants, and you compare the results with, for example, Tokyo, London or Shanghai, you realize that we were in cities that were not very comparable in demographic terms.

However, the value of this project is precisely the way in which the eight topics were addressed. The findings from one city to another are exactly the same.

Age-Friendly Cities in fact are concerned with the eight major dimensions of seniors' lives.

Let us start with outdoor spaces and buildings. Here we are thinking of urban design and development and the possibility for seniors to have access to that. In terms of outdoor spaces, one thinks, among other things, of our Canadian winters and of the opportunity for seniors to be able to move around in winter on clear sidewalks. Some municipalities do not have sidewalks.

A number of examples emerged concerning buildings. One of the examples given here in Sherbrooke, and which emerged elsewhere, was access in certain places where doors are often very heavy, and where a draft or airlock forms where people have trouble entering. So we need a city where all our spaces are more accessible.

The second topic is transportation. To participate socially, people have to be able to move around. Of course, a number of elderly persons can still use a motor vehicle, but, for others, circumstances may arise at some point in which they lose their driver's licences, as a result of which we must be concerned about transportation for them. It would be important for our public transit to accommodate seniors so that they are not always associated with para-transit. It is a little unrealistic to think that all seniors need para-transit. There are alternatives.

In Sherbrooke, the transportation issue has raised a lot of questions that you will find in our report and that you will explain. A few months before we conducted our survey, there was a major change in the public transit structure and people could no longer find their way. So they were unable to move around, to

Ce qui compte ici est d'adapter les villes aux besoins des aînés afin qu'on puisse relever ensemble le défi du vieillissement démographique. Le programme s'est au départ intéressé aux grandes villes en disant que les grandes villes ont des ressources humaines, économiques et sociales nécessaires pour effectuer des changements novateurs afin que les aînés puissent bien y vieillir.

On a aussi dit que les grandes villes sont souvent des pôles d'attraction parce que très souvent les gens en vieillissant peuvent avoir tendance à se rapprocher des services, donc, des grands centres.

Ce qui nous caractérise au Canada est que, bien que nous soyons tout à fait réconciliés avec l'approche Villes amies des aînés sur les grandes villes, l'argent a été donné à des villes beaucoup plus petites. Quand on regarde une ville comme Saanich, par exemple, ou Portage-La-Prairie ou encore une ville comme Sherbrooke avec 150 000 habitants, et qu'on compare les résultats avec, par exemple, Tokyo, Londres ou Shanghai, on se rend compte qu'on était dans des villes qui, en termes démographiques, étaient très peu comparables.

Par contre, la richesse de ce projet c'est justement la façon dont on a abordés les huit thèmes. Les conclusions d'une ville à l'autre sont exactement les mêmes.

Villes amies des aînés, c'est se préoccuper, en fait, de huit grandes dimensions dans la vie des aînés :

Commençons par les espaces extérieurs et les édifices. On pense ici à des questions d'aménagement ou de design urbain et à la possibilité pour les aînés d'y accéder. En termes d'espaces extérieurs, on pense, entre autres, à nos hivers canadiens et à la possibilité pour les aînés de pouvoir se mouvoir l'hiver sur des trottoirs déblayés. Certaines municipalités n'ont pas de trottoirs.

Il est ressorti plusieurs d'exemples sur la question des édifices. Un des exemples donné ici à Sherbrooke et qui est ressorti ailleurs était l'accessibilité dans certains lieux où souvent les portes sont très lourdes et où il se forme souvent courant d'air, un sas, où les gens ont de la difficulté à entrer. Donc, il faut une ville dans laquelle tous nos espaces sont plus accessibles.

La deuxième dimension est la question du transport. Pour participer socialement, il faut pouvoir se déplacer. Bien sûr, pour un certain nombre de personnes âgées il y a encore l'usage de l'automobile, mais pour d'autres à un moment donné des circonstances peuvent arriver où on leur retire leur permis de conduire, ce qui fait en sorte qu'on doit se préoccuper d'un transport pour ces personnes âgées. Ce serait important que nos transports publics accommodent les personnes âgées pour ne pas toujours les associer à du transport adapté. C'est un peu irréaliste que de penser que tous les aînés ont besoin du transport adapté. Il y a d'autres alternatives.

Je vous dirais qu'à Sherbrooke, la question du transport avait soulevé beaucoup de questions que vous retrouverez dans notre rapport et que vous explique. Il y a quelques mois avant qu'on fasse notre enquête, on a eu un changement important dans la structuration du transport en commun et les gens ne s'y

know where and when they could transfer in order to go elsewhere.

The third topic is housing, that is the entire question of having suitable and adequate housing for seniors in which they feel secure.

The fourth topic is respect and social inclusion. Here we are back to your ageism issue, which is fundamental.

The fifth topic is social participation, that is recognizing that seniors are contributors to the development of our society.

The sixth topic concerns communication and information. Seniors are emphatic: "Speak to us in a language that is clear, with big letters." You will not be surprised to hear all the criticisms they made of the voicemail boxes you get stuck in when you call virtually everywhere, and I am convinced that we all get very irritated when we come up against that, and it is often worse for seniors who, among other things, have vision problems or a certain dexterity problem.

The seventh topic is civic participation and employment. How can seniors, who want to stay employed, be or not be integrated?

The last topic, but not the least, is the entire notion of community support, the support given to those who are most in danger of losing their independence, and access to health services.

I was listening to the previous testimony when I realized that health is a horizontal issue; there are a lot of concerns about having a family doctor, having access to services, being able to move around in order to get services, and so on.

[English]

Senator Mercer: First, we have to say that we are impressed with the quality of the faculty at the University of Sherbrooke. We heard about the University of Sherbrooke when we were in Moncton, New Brunswick.

You said that you had developed an intervention tool and I would like you to tell me a little more about it.

[Translation]

Ms. Beaulieu: The tool is called ENMAIN, an abbreviation for *enjeu, intervention, maltraitance* and *ainés*, so there is a bit of a play on words there. It has just been translated into and validated in English and is called INHAND. It is a tool that enables psychosocial workers to assist seniors very clearly in their abuse situation.

retrouvaient plus. Donc, ils n'étaient plus capables de circuler, de savoir à quel endroit et à quelle heure ils pouvaient prendre une correspondance pour aller ailleurs.

La troisième dimension est celle du logement. Donc, toute la question d'avoir un logement adapté et adéquat pour les aînés dans lequel ils se sentent en sécurité.

La quatrième dimension concerne la question du respect et de l'inclusion sociale. Là, on rejoint à nouveau toute votre question de l'âgeisme, qui est fondamentale.

La cinquième dimension est celle de la participation sociale, donc, reconnaître que les aînés sont des contributeurs au développement de notre société.

La sixième dimension concerne la communication et l'information. Les aînés insistent beaucoup en disant, « Adressez-vous à nous dans un langage qui est clair, ayez un gros caractère. » Vous ne serez pas surpris d'entendre toutes les critiques qu'ils ont faites sur les fameuses boîtes vocales qu'on attrape quand on appelle un peu partout, et je suis convaincue que nous tous sommes très irrités quand on se frappe à cela, et c'est souvent pire pour des personnes âgées qui ont, entre autres, un problème visuel ou un certain problème de dextérité.

La septième dimension, c'est toute la notion de la vie communautaire et de l'emploi. Comment des personnes âgées, qui veulent rester en emploi, peuvent être ou non intégrées?

La dernière dimension, mais non la moindre, est toute la notion du soutien communautaire, le soutien qu'on donne à ceux qui sont en plus grande perte d'autonomie, et toute l'accessibilité aux services de santé.

J'écoutais les témoignages précédents pour me rendre compte que la question de la santé c'est toujours une question transversale; on retrouve beaucoup de préoccupations sur le fait d'avoir un médecin de famille, avoir accès aux services, pouvoir se déplacer pour avoir les services, et cetera.

[Traduction]

Le sénateur Mercer : Premièrement, permettez-moi de vous dire à quel point nous sommes impressionnés par la qualité du corps professoral à l'Université de Sherbrooke. On nous a vanté l'Université de Sherbrooke pendant notre visite à Moncton, au Nouveau-Brunswick.

Vous avez dit que vous aviez mis au point un outil d'intervention. J'aimerais que vous nous en parliez davantage.

[Français]

Mme Beaulieu : L'outil s'appelle ENMAIN une abréviation pour *enjeu, intervention, maltraitance*, et *ainés*, donc il y a un jeu de mots là-dedans. L'outil vient d'être traduit et validé en anglais, donc il s'appelle INHAND. C'est un outil qui permet aux intervenants psychosociaux de s'assurer d'accompagner de façon très claire la personne âgée à travers tout son cheminement en termes de maltraitance.

I developed the tool following extensive work. I realized, among other things, that the greatest challenge for workers when they work in elder abuse cases is to balance their approach; if they respect the elderly person's independence, and thus that person's self-determination and sometimes respect their independence. This can even mean that, when the person tells me, "I am telling you, but I do not want you to do anything," in that context, the worker can accept the senior's word and say: "I am not someone who listens, and, for the moment, I am waiting for him or her to ask me to do something," as opposed to the other issue, which is the whole issue of protection.

There are serious situations in which we must intervene. There are cases where emergency hospitalization is required; there are cases where we have to consider evaluating the individual's ability or inability in order eventually to put a protection plan in place, particularly when there are cognitive losses.

My tool indexes three intervention models in light of the two values that I have just given you: the first, how ideally to assist the elderly person through all kinds of stages, and, second, how, at times, to accept that that person does not want you to intervene, but to continue providing reinforcement and to listen, hoping that that person will shift more toward intervention; third, on the other hand, in which case we are justified in taking more drastic measures, including, for example, calling the police, emergency hospitalization, and so on.

With this tool, I am training workers in Quebec's health and social services network. I have already trained a number of groups. My tool has been indexed by a pan-Canadian network that you may have heard of, which is called the NICE Network, for National Initiative for the Care of the Elderly, under the direction of Lynn MacDonald of the University of Toronto.

In that network, they have translated my tool into English and we are now going to start introducing it in other parts of Canada.

[English]

Senator Mercer: I want to discuss age-friendly cities project. My colleagues have heard me say that there politics are involved in this project. If we are going to move the agenda forward on age-friendly cities, we are going to have to change the terminology, because the reality of it is that the people making the decisions are not necessarily people who live in cities. Some of us have learned it the hard way that the word "cities" is problematic, so we start to talk in terms of age-friendly communities.

You talk about Saanich and you talk about Sherbrooke. Sherbrooke is a city. If Saanich is a city, it is a pretty small one. I do not know how we start to change it. I know internationally, it comes out of an age-friendly city discussion, but in Canada, it is the community side.

Cet outil, je l'ai développé à la suite de nombreux travaux. Je me suis rendu compte, entre autres, que le plus grand défi des intervenants quand ils travaillent en maltraitance aînée c'est d'équilibrer leur approche; s'ils respectent l'autonomie de la personne âgée, donc, son autodétermination, et parfois, respecter son autonomie. Cela peut même vouloir dire que quand la personne me raconte, « Je te le dis, mais je ne veux pas que tu fasses quelque chose. » dans ce contexte-là, l'intervenant peut accepter la parole de l'aîné et dire : « Je ne suis que quelqu'un qui écoute et pour l'instant j'attends qu'elle me demande de faire quelque chose », versus l'autre enjeu, qui est tout l'enjeu de la protection.

Il y a des situations graves dans lesquelles on doit intervenir. Il y a des cas où on doit passer à une hospitalisation d'urgence; il y a des cas où on doit penser à une évaluation en matière d'aptitude/inaptitude pour éventuellement aller vers la mise en place d'un régime de protection, et cela, c'est particulièrement quand il y a des pertes cognitives.

Mon outil répertorie trois modèles d'intervention à la lumière des deux valeurs que je viens de vous donner : le premier, comment idéalement accompagner la personne âgée à travers toutes sortes d'étapes, et deuxièmement, comment, par moments, accepter qu'elle ne veuille pas qu'on intervienne, mais de rester en renfort et à l'écoute pour souhaiter qu'elle bascule vers un côté plus intervention; troisièmement, de l'autre côté, dans quel cas on est justifié d'appliquer des mesures plus drastiques, dont, par exemple, l'appel à la police, l'hospitalisation d'urgence, et cetera.

Avec cet outil, je forme actuellement des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux au Québec. J'ai formé plusieurs groupes déjà. Mon outil a été répertorié par un réseau pancanadien, dont vous avez peut-être entendu parlé, qui s'appelle le Réseau NICE, *National Initiative for the Care of the Elderly*, sous la direction de Lynn MacDonald de l'Université de Toronto.

À l'intérieur de ce réseau, on a traduit mon outil en anglais et on va maintenant commencer à l'implanter dans d'autres parties du Canada.

[Traduction]

Le sénateur Mercer : Je veux discuter du projet des Villes amies des aînés. Mes collègues m'ont entendu dire que l'aspect politique entre en jeu dans ce projet. Si l'on veut faire avancer le dossier des villes amies des aînés, il nous faudra modifier la terminologie car en réalité, les gens qui prennent les décisions ne sont pas nécessairement des gens qui vivent en milieu urbain. Certains d'entre nous ont appris à la dure que le terme « villes » fait problème, et c'est pourquoi nous avons commencé à employer l'expression « collectivités amies des aînés ».

Vous avez parlé de Saanich, et aussi de Sherbrooke. Sherbrooke est une ville. Si Saanich est une ville, c'est une toute petite ville. Je ne sais pas comment on peut commencer à changer cela. Je sais que sur la scène internationale, la discussion porte sur les villes amies des aînés, mais au Canada, on insiste sur le volet communautaire.

When the previous government introduced the cities agenda, the transfer of gas tax to the cities, it became a big internal problem because many of our colleagues were not from cities and they said we could not exclude them. So it is terminology.

I do not know how we do that, and I would like to hear your advice on that.

Someone made this suggestion earlier today that it might be possible to find a few locations across the country, whether big, small and medium size, in which we try to implement the age-friendly concept?

Do we designate those cities so that we can say to the rest of Canadians that here is what we have done in Sherbrooke; here is what we have done in Lunenburg; here is what we have done in Saanich? Should we designate the cities to show Canadians what does and what does not work?

Someone has to do this first. Someone has to make the mistakes that are going to be made so that other communities do not make them.

Do you think that is a feasible proposition?

[Translation]

Ms. Beaulieu: I love your question. The first answer is a little more political; you are absolutely right. In Canada, municipal powers are quite limited, whereas that is not the case in other countries. When I look at my colleagues in France, in the French municipalities, there is an elected representative responsible for senior citizens who makes old age policies for his own city.

I think they have gone for a concept in which they say, let us look at where people live. They mainly live in cities; so they adopted that term. Canada very quickly got away from that, even though we have kept the term.

There was also Health Canada's investment in a study in what they called "remote and rural communities." So we have agreed to say that we have to look at where seniors live, and when they do not live in the cities, we also have to concern ourselves with that.

I would be completely comfortable with the idea of eventually changing the theme. I would just have to think of a term we could adopt, but I am nevertheless very much in favour of the idea of "community" because it is embracing.

The idea of introducing the program in a certain number of cities, which we could call "pilot" cities, to see how it works — I am pleased to announce to you that we are doing that in Quebec. Quebec's Secrétariat aux aînés has just invested \$2.5 million to introduce the program in seven different communities in Quebec. This is a research action and evaluative research project that will last five years.

There are seven pilot cities, and my colleague Suzanne Garon and I, who conducted the initial study, were hired to supervise research on it.

Lorsque le gouvernement précédent a présenté son programme à l'endroit des municipalités, notamment le transfert de la taxe sur le carburant, cela a causé un énorme problème interne car un grand nombre de nos collègues qui ne vivaient pas dans les villes se sont sentis exclus. La terminologie fait donc problème.

Je ne sais pas trop comment lancer pareille initiative, et j'aimerais avoir votre avis à ce sujet.

Quelqu'un a dit tout à l'heure qu'on pourrait peut-être trouver quelques endroits au pays, des communautés de petite, moyenne et grande tailles, dans lesquelles on pourrait essayer de mettre en oeuvre le concept des « communautés amies des aînés ».

Faut-il désigner ces localités pour que l'on puisse dire au reste des Canadiens voilà ce que nous avons fait à Sherbrooke voilà ce que nous avons fait à Lunenburg, voilà ce que nous avons fait à Saanich? Faut-il désigner des localités pour montrer aux Canadiens ce qui fonctionne et ne fonctionne pas?

Quelqu'un doit plonger. Il faut que quelqu'un fasse le saut et assume les inévitables erreurs qui surviendront pour que les autres collectivités ne les fassent pas.

Pensez-vous que c'est une proposition viable?

[Français]

Mme Beaulieu : J'adore votre question. Le premier élément de réponse est un peu plus politique : vous avez tout à fait raison. Au Canada, les pouvoirs municipaux sont assez limités, alors que dans d'autres pays du monde ce n'est pas le cas. Quand je regarde chez mes collègues en France, dans les municipalités françaises, il y a là un élu responsable du dossier des aînés qui va faire les politiques de la vieillesse pour sa propre ville.

Je pense qu'ils sont allés sur un concept où l'on a dit, voyons là où les gens vivent. Ils vivent dans des villes prioritairement, donc ils ont pris ce terme. Très rapidement, le Canada s'est dispensé de cela, même si on a gardé le terme.

Il y a eu aussi un investissement de Santé Canada pour faire une étude dans ce qu'ils ont appelé « remote and rural communities ». On a donc accepté de dire, il faut regarder là où vivent les aînés, et quand ils ne vivent pas dans des villes, il faut aussi s'en préoccuper.

Je serais tout à fait à l'aise avec l'idée de changer éventuellement le thème. Il faudrait juste que je réfléchisse à quel terme on peut prendre, mais je suis quand même très favorable à l'idée de « communauté », parce que c'est englobant.

L'idée d'implanter le programme dans un certain nombre de villes, qu'on pourrait appeler des « pilotes » pour voir comment cela fonctionne, j'ai le bonheur de vous annoncer qu'on est en train de le faire au Québec. Le Secrétariat aux aînés du Québec vient d'investir 2,5 millions de dollars pour implanter le programme dans sept communautés différentes au Québec. C'est un projet de recherche-action et de recherche évaluative qui va durer cinq ans.

Il y a sept villes pilotes, et ma collègue Suzanne Garon et moi, qui avons fait l'étude initiale, avons été embauchées pour faire l'encadrement de recherche là-dessus.

So we are trying the initiative, and I must tell you that there are not just big cities; in any case, there are no cities that big in Quebec, apart from a few. So there are really cities of very different sizes. In one region, we took a number of small villages that work together, and we called that an Age-Friendly Region, rather than an Age-Friendly City.

This is completely new. The project started on April 1. We are in the initial stages, but there is such an intention and will to move forward that this is considered to be an interesting program.

We will definitely make mistakes and we will definitely do good things, and our role as researchers will be to conduct comparative analyses in order to derive more comprehensive knowledge.

[English]

Senator Mercer: I like the choice of “community” or “region,” it really does not matter that much to me as long as it is not “city.”

You say that the pilot project happening in Quebec is in seven communities. It just started in April?

Ms. Beaulieu: It did.

Senator Mercer: My next question was to ask how things were going. It is obviously much too early now.

It is \$2.5 million?

Ms. Beaulieu: Yes, \$2.5 million over five years, and there is seed money in the communities for them to develop activities, and also research money for us to evaluate what is going on.

Senator Mercer: So we will have to wait five years to see the result.

Ms. Beaulieu: No, not exactly. At the end of the first year, we will have first data and we will be able to compare and give out some results.

Senator Mercer: I would ask that you keep us in mind as you distribute the results because even though we will have reported by then, our interest will not have waned.

Senator Keon: I want to bring you back to the senior abuse issue. Being pragmatic, let me use the example of a senior couple who are fundamentally financially and socially sort of dependent on each other, because of the way the system works, and there is some abuse there that has to be dealt with. It probably means removing them from their relationship.

What really does interest me is not what can be done, I would like you to tell me that, but it is what cannot be done, what things are missing in the social infrastructure that would allow you to go in and solve that problem?

On tente donc l'initiative, et je dois vous dire qu'il n'y a pas que de grosses villes, de toute façon, il n'y a pas de villes si énormes que cela au Québec à part quelques-unes. Alors, il y a vraiment des villes de tailles très différentes. Dans une région, on a pris un ensemble de petits villages qui travaillent ensemble et on appelle cela, justement, une Région amie des aînés, plutôt qu'une Ville amie des aînés.

C'est tout nouveau. Ce projet a commencé le 1^{er} avril dernier. On est dans les premiers balbutiements, mais il y a une intention et une volonté d'aller de l'avant tellement on considère que c'est un programme qui est intéressant.

C'est sûr qu'on va faire des erreurs et c'est sûr qu'on va faire de bons coups, et notre rôle de chercheurs sera de faire les analyses comparatives pour tirer des savoirs plus globaux.

[Traduction]

Le sénateur Mercer : J'aime le choix du terme « collectivité » ou « région », peu m'importe, pourvu que l'on ne parle pas de « ville ».

Vous dites que le projet pilote au Québec se déroule dans sept localités. Vient-il tout juste de commencer en avril?

Mme Beaulieu : Oui.

Le sénateur Mercer : En posant ma prochaine question, je voulais savoir comment les choses allaient. Il est manifestement trop tôt pour le savoir maintenant.

Est-ce 2,5 millions?

Mme Beaulieu : Oui, 2,5 millions sur cinq ans. Il y a aussi des fonds de démarrage pour aider les localités à mettre sur pied des activités, ainsi que des fonds pour la recherche afin de nous permettre d'évaluer le déroulement du projet.

Le sénateur Mercer : Autrement dit, il faudra attendre cinq ans pour voir le résultat.

Mme Beaulieu : Non, pas exactement. À la fin de la première année, nous aurons les premières données et nous serons en mesure de faire des comparaisons et de livrer certains résultats.

Le sénateur Mercer : Je vous demanderais de garder le comité à l'esprit lorsque vous divulguez vos résultats car même si nous aurons rédigé notre rapport à ce moment-là, notre intérêt pour cette question sera toujours aussi vif.

Le sénateur Keon : Je voudrais revenir sur la question de la maltraitance des aînés. Comme je suis pragmatique, permettez-moi d'utiliser l'exemple d'un couple de personnes âgées qui sont dépendants l'un de l'autre aux plans social et financier, compte tenu de la façon dont le système fonctionne. Advenant qu'il y ait maltraitance, il faudra régler le problème, ce qui signifie sans doute qu'il faudra les séparer.

Ce qui m'intéresse, ce n'est pas tellement ce qu'on peut faire, même si j'aimerais que vous m'en parliez, mais surtout ce que l'on ne peut pas faire. Je veux savoir quelles sont les lacunes de l'infrastructure sociale qui vous empêchent d'intervenir et de régler le problème?

[*Translation*]

Ms. Beaulieu: You take the specific example of a couple. For a long time, we thought we had to apply spousal abuse policies to the different couples, regardless of the age of the partners. We realized that, for the moment, that does not work. That is one of the things that should not be done.

Among other things, when you take, for example, an abused elderly woman to an institution for women victims of spousal abuse, elderly women do not see why they are there because the women there are often much younger women with young children; they are thus in another phase of their lives. The approach we will often take with them, which is an excellent approach, is an empowerment approach, the idea being for them to take back control of their lives and eventually to get out of the relationship.

We realize, among elderly people, that people very rarely want to terminate the relationship, particularly when there has been spousal abuse for a long time. If the people have been in that situation for 50 or 60 years, we cannot come in and say that the solution is to work toward a break-up of the relationship.

At that point, there is a whole supervision and mediation effort in which we have to work with a caseworker who is forced to get a grasp of the situation and, among other things, lead each of the partners to express more clearly what he and she are experiencing, in an attempt to find solutions, but solutions with which both are comfortable.

I would say that the difficulty that caseworkers say they most often encounter, and this is one of our infrastructure problems, is: "I do not always feel equipped; I do not exactly know; I do not clearly understand the dynamics of elderly couples, but, when I make an effort, I know it will take me a lot of time."

In general, the entire public social services network asks caseworkers to intervene quickly to a certain degree; so it expects them to open files, but also to close them, so that files do not always stay open. Caseworkers tell us that, in our structures, "we are asked to intervene, but we are not given the time or the resources to do it right."

I think the message that must be sent is that intervention in these cases is a complex matter and that, as a result of the complexity of the cases, it takes time and a certain expertise. And in each of the institutions — I am still talking about the public system, but that still interests the community system — we should have a better trained specialist who can either take on the case or at least coach, encourage or guide the other caseworkers. And that is lacking. So that would already be a step we could take.

[*English*]

Senator Keon: You are confirming then that there is not the infrastructure in place right now to deal with that.

[*Français*]

Mme Beaulieu : Vous prenez l'exemple spécifique d'un couple. Pendant longtemps, on a pensé qu'on devait appliquer les politiques en matière de violence conjugale aux différents couples, peu importe l'âge des partenaires. On s'est rendu compte que pour l'instant cela ne fonctionne pas. C'est une des choses à ne pas faire.

Entre autres, quand on amène, par exemple, une femme âgée maltraitée dans un milieu d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale, les femmes âgées ne se reconnaissent pas, parce que très souvent les femmes qui sont là sont des femmes beaucoup plus jeunes avec de jeunes enfants, donc ils sont dans une autre phase de leur vie. Souvent, l'approche qu'on va prendre auprès d'elles, qui est une excellente approche est une approche d'« empowerment », donc de reprendre le contrôle sur sa vie et éventuellement de sortir de la relation.

On se rend compte chez les gens âgés que c'est très rare les gens qu'ils veulent mettre fin à la relation, surtout quand il y a eu de la violence conjugale depuis longtemps. Si les gens ont été dans cette situation pendant 50, 60 ans, on ne peut pas arriver et dire que la solution est de travailler sur un bris de la relation.

C'est tout un travail à ce moment-là d'encadrement et de médiation, où on doit travailler avec un intervenant qui soit obligé de faire la part des choses et, entre autres, amener chacun des partenaires à mieux exprimer ce qu'il vit, pour essayer de trouver des solutions, mais des solutions dans lesquelles les deux sont bien.

Je vous dirais que la difficulté que les intervenants disent le plus souvent, et cela fait partie de nos problèmes d'infrastructure, c'est : « je ne me sens pas toujours outillé, je ne sais pas exactement, je ne comprends pas bien les dynamiques chez les couples âgés, mais quand je m'investis, je sais que cela va me prendre beaucoup de temps ».

En général, tout le réseau public de services sociaux demande aux intervenants d'intervenir avec une certaine rapidité, donc on s'attend à ce qu'on ouvre des dossiers, mais aussi qu'on en ferme, que les dossiers ne restent pas toujours ouverts. Les intervenants nous disent, que dans nos structures, « on nous demande d'intervenir, mais on ne nous donne pas le temps ni les moyens pour le faire comme il le faut ».

Je pense que le message qu'il faut passer est que l'intervention dans ces dossiers est complexe et, en raison de sa complexité, cela prend du temps et une certaine expertise. Et dans chacun des milieux, je vous parle toujours plus du réseau public, mais quand même cela s'intéresse au communautaire, on devrait avoir un ou une spécialiste mieux formé qui puisse soit prendre les cas ou, du moins, coacher, encourager et bien guider les autres intervenants. Et cela manque. Donc, ce serait déjà un pas qu'on peut faire.

[*Traduction*]

Le sénateur Keon : Vous confirmez donc qu'à l'heure actuelle, il n'existe pas d'infrastructure pour régler ce type de problème.

[Translation]

Ms. Beaulieu: We definitely do not have all the necessary infrastructure; I confirm that for you.

[English]

The Chair: Thank you very much. You have confirmed some evidence we heard earlier with respect to the treatment of physical abuse, if you will. However, I am concerned about the other kinds of abuse that occur within the senior dynamic, the abuse which takes place in the long-term care facility, the abuse which takes place within the home.

You addressed that very briefly when you indicated that the dependent person is frustrated because he or she is no longer dependent and the caregiver, male or female, who has absolutely no training to deal with this person who, quite frankly, requires that training to deal with this person.

I watched this with my own family, with my father who was a stroke victim. In that case, my mother had been trained as a nurse, so she had the expertise in terms of his physical care. But I remember my father saying to me one day, with great sadness: "Vivian is no longer my wife, she is my nurse."

I would like you to comment on that situation.

[Translation]

Ms. Beaulieu: You are touching on a problem that many still refuse to consider, and I am pleased you're bringing it up. I am going to answer you with an anecdote that illustrates it clearly.

There is a filmmaker here in Quebec by the name of Gilles Carle, who suffers from very advanced Parkinson's, and who is very dependent, and who has been married for many years now to an actress much younger than he. And contrary to all the prejudices that one may hear, they are a very happy and very close couple. Mr. Carle is in a state of very considerable dependence and Ms. Sainte-Marie, who is his wife, speaks on behalf of all natural caregivers and regularly talks about everything it means to take care of a spouse. She has told, and that very much moved me, how at one point she allowed employees to come to the house to give him a bath, to dress him, and to perform a number of more instrumental tasks, because she said: "from the moment I only did that, I was no longer Gilles Carle's spouse; I became only his caregiver; and there was no longer any room for what united us, that is to say being above all a couple."

When I hear you mention that, I say to myself, yes, you are headed in the same direction as Ms. Sainte-Marie's remarks, and I think that brings us back to how important it is to provide home support infrastructure that really meets the needs of the people who are caregivers.

[Français]

Mme Beaulieu : On n'a certainement pas toute l'infrastructure nécessaire, je vous le confirme.

[Traduction]

La présidente : Merci beaucoup. Vous avez confirmé certains témoignages que nous avons entendus antérieurement au sujet de la réaction face aux sévices physiques, si vous voulez. Cela dit, je m'inquiète aussi d'autres types de maltraitance qui surviennent parmi les personnes âgées, soit les mauvais traitements dans les centres de soins de longue durée et à domicile.

Vous avez évoqué cela très brièvement : la personne dépendante est frustrée parce qu'elle est en perte d'indépendance, et l'aidant naturel, homme ou femme, n'a absolument aucune formation pour traiter avec cette personne qui, à vrai dire, a besoin d'une aide spécialisée.

J'ai vécu cette expérience dans ma propre famille lorsque mon père a été victime d'un accident vasculaire cérébral. En l'occurrence, ma mère avait une formation d'infirmière. Elle possédait donc l'expertise nécessaire pour lui prodiguer des soins physiques. Mais je me souviens que mon père m'a dit un jour avec beaucoup de tristesse : « Vivian n'est plus ma femme, elle est mon infirmière. »

J'aimerais que vous commentiez cette situation.

[Français]

Mme Beaulieu : Vous touchez à une problématique que plusieurs refusent encore de regarder, et je suis contente que vous la nommiez. Je vais vous répondre par une anecdote qui l'illustre bien.

Il y a ici au Québec un cinéaste du nom de Gilles Carle, qui souffre de Parkinson très avancé, et qui est très dépendant, et qui est marié depuis plusieurs années déjà, avec une comédienne beaucoup plus jeune que lui. Et, contrairement à tous les préjugés qu'on peut entendre, cela fait un couple très heureux et très uni. Monsieur Carle est donc dans un état de très grande dépendance et Mme Sainte-Marie, qui est son épouse, parle au nom des aidants naturels et raconte régulièrement tout ce que cela veut dire que de prendre soin d'un conjoint. Elle a raconté, et cela m'avait beaucoup touchée, comment à un moment donné, elle a accepté que des employés viennent à la maison pour lui donner son bain, pour le vêtir, et pour faire un certain nombre de tâches plus instrumentales, parce qu'elle s'est dit : « À partir du moment où je ne faisais que cela, je n'étais plus la conjointe de Gilles Carle, j'étais devenue uniquement son aidante, et il n'y avait plus d'espace pour ce qui nous lie, c'est-à-dire être avant tout un couple ».

Quand je vous entends mentionner cela, je me dis que oui, vous allez dans le même sens que les témoignages de Mme Sainte-Marie, et je pense que cela nous ramène à toute l'importance d'offrir des infrastructures de soutien à domicile qui répondent vraiment aux besoins des personnes qui sont des aidants.

Dr. Hébert, whom you met this morning, must have told you that, based on the studies he has conducted, the public system currently barely meets 10 per cent of the needs of caregivers and the people who need help. That means that 90 per cent of needs are not being met, things for which you rely on relatives to an enormous degree, and, if these relatives are not given support, that for me is an infernal spiral that is really taking us down to the deeps.

I am not telling you that these situations will necessarily always result in abuse, but certain forms of negligence can occur in these circumstances, and at that point the caregivers should not be blamed either. When you have exhausted, poorly supported caregivers, these are things that can happen. That does not explain all situations, but it explains some situations, and that is very sad.

[English]

The Chair: It is interesting because at first, we did have the VON coming in to care for him and to give him help, but my mother did not think it was being done properly. She had been trained in the old school. So she took over his physiotherapy, she took over his speech therapy, she took over everything.

My father died in May 1980. My mother died in December of the same year. She died of exhaustion. I think that is all too often the story of the delivery of care by one partner to another partner. She was only 73 years old. She had a weak heart, and that just contributed to the weak heart.

When we make a recommendation for a national home care program, which I hope we will be able to make, is that going to help to facilitate some of this training, some of this relief to home care workers?

[Translation]

Ms. Beaulieu: I think that any investment in home support programs is welcome.

When you go back to the specific situation of your mother, what I am hearing as well, and what I think is important, is that informal caregivers must feel they are partners in the decisions that are made and in the manner in which services are provided. Your mother probably never had the opportunity to speak or take part in the decisions, and it was easier for her at one point to say, "reject the services and I am doing it," rather than feel part of a team that, as long as possible, wanted good things for her husband.

So that leads us back again to the matter of training for our caseworkers. Offering services is not everything. We have to offer them and know how to become partners with people. And we can never emphasize this too much in the training of our caseworkers. This is the whole relationship dynamic and the ability to enter into dialogue with people.

Le Dr Hébert, que vous avez rencontré ce matin, a dû vous dire qu'avec les études qu'il a faites, actuellement dans le réseau public, on répond à peine à 10 p. 100 des besoins des aidants et des personnes qui ont besoin d'aide. Cela veut dire qu'il y a 90 p. 100 des besoins qui sont non comblés, sur lesquels on compte énormément sur les proches, et ce, si on ne donne pas de soutien aux proches, c'est vraiment pour moi une spirale infernale et cela nous amène vraiment vers un bas fond.

Je ne vous dis pas que nécessairement ces situations-là vont toujours entraîner de la maltraitance, mais il peut arriver que dans ces contextes-là, il y ait certaines formes de négligence, et à ce moment-là il ne faut pas jeter le blâme non plus sur les aidants. Quand on se retrouve avec des aidants épuisés, mal soutenus, ce sont des choses qui peuvent arriver. Cela n'explique pas toutes les situations, mais cela explique certaines situations, et c'est d'une très grande tristesse.

[Traduction]

La présidente : C'est intéressant parce qu'au départ, les infirmières de l'Ordre de Victoria venaient s'occuper de lui et l'aider. Mais ma mère estimait qu'elles ne faisaient pas bien leur travail. Elle avait été formée selon des méthodes traditionnelles. Elle a donc assumé les traitements de physiothérapie et d'orthophonie de mon père. Elle a fini par s'occuper de tout.

Mon père est mort en mai 1980, et ma mère est morte en décembre de la même année. Elle est morte d'épuisement. Je pense que, trop souvent, c'est ce qui arrive lorsqu'un partenaire prodigue des soins à l'autre. Elle n'avait que 73 ans, mais son coeur était faible et la situation n'a fait qu'aggraver sa condition.

Si nous faisons une recommandation en faveur de la mise sur pied d'un programme national de soins à domicile — ce que j'espère —, cela va-t-il faciliter cette formation, donner un peu de répit aux aidants naturels?

[Français]

Mme Beaulieu : Je pense que tout investissement dans des programmes de soutien à domicile est le bienvenu.

Quand vous revenez à la situation particulière de votre mère, ce que j'entends aussi et qui m'apparaît important est que les proches aidants doivent se sentir partenaires des décisions qu'on prend et de la façon dont les services sont donnés. Votre mère n'a probablement jamais eu l'occasion de s'exprimer ou de participer aux décisions, et pour elle à un moment donné, c'était peut-être plus facile de dire « Je refuse les services et je le fais », plutôt que de se sentir part d'une équipe qui voulait le bien, le plus longtemps possible, de son conjoint.

Donc, cela nous ramène encore sur une question de formation de nos intervenants. Ce n'est pas tout d'offrir des services, il faut savoir les offrir et savoir se faire partenaire avec les gens. Et l'on n'insistera jamais assez là-dessus, dans la formation de nos intervenants. C'est toute la dynamique relationnelle et la capacité d'entrer en dialogue avec les gens.

[English]

The Chair: Thank you, senators, and thank you, Mme Beaulieu. This has been a wonderful intervention, and I am very pleased you gave us the figure of 10 per cent, because Dr. Hébert did not give it to us this morning. The fact that you put that on the record is extremely important for our deliberations.

[Translation]

Ms. Beaulieu: It was a great pleasure for me, and good luck in your work.

[English]

The Chair: Honourable colleagues, we will begin what we call our town hall meeting.

We would first like to welcome to the microphone Monique Joyal-Painchaud, who has been very patient all day. She has been sitting and listening.

[Translation]

Monique Joyal-Painchaud, as an individual: Madam Chair, I would like to talk about Recommendation 66 on natural caregivers. I knew a family in which there was the relative, a 92-year-old man, and his wife. At one point, they needed help. It was the son who left his home to come and help his father, who was forced to sell his house to pay court costs. In the end, he spent all the money from the house and was not even in the same place either.

If he had received a salary like someone who works in a hospital or in an institution, he would have had a salary every week, which would have enabled him to keep his head above water without exhausting all his money and winding up out of luck at one point.

Proposals have been made for natural caregivers, but if we pay someone in an institution, the caregiver could also have a salary because it is more than 40 hours a week, and it is seven days a week. I think they should have a salary during the entire period when they are caregivers, perhaps not \$20 or \$30 an hour, but at least \$8 to \$10 an hour for a 40-hour week.

That is what I wanted to say. Otherwise, they are generous, but they wind up in tough conditions.

[English]

The Chair: Thank you very much for a very necessary addition to what we have been hearing. We need to hear personal stories like yours.

We would now like to welcome to the microphone Gilles Grenier.

[Traduction]

La présidente : Merci, sénateurs, et merci, madame Beaulieu, pour votre excellente intervention. Je suis très heureuse que vous nous ayez communiqué ce chiffre de 10 p. 100 car le Dr Hébert ne l'avait pas fait ce matin. Il est extrêmement important pour nos délibérations que vous ayez pu faire consigner cela au compte rendu.

[Français]

Mme Beaulieu : Cela me fait grandement plaisir, et bonne continuation dans vos travaux.

[Traduction]

La présidente : Honorables collègues, nous allons commencer ce que nous appelons notre assemblée publique.

Tout d'abord, je souhaite la bienvenue au microphone à Monique Joyal-Painchaud, qui a été très patiente toute la journée. Elle est restée assise à écouter.

[Français]

Monique Joyal-Painchaud, à titre personnel : Madame la présidente, j'aimerais parler de la recommandation 66 sur les aidants naturels. J'ai connu une famille où il y avait le parent, un homme de 92 ans, et sa femme. À un moment donné, ils ont eu besoin d'aide. C'est le fils, qui a quitté sa maison pour venir aider son père, qui a été obligé de vendre sa maison pour payer des frais à la cour. Finalement, il a dépensé tout l'argent de la maison, et n'était pas dans le même milieu non plus.

S'il avait reçu un salaire comme quelqu'un qui travaille dans un hôpital ou dans une institution, il aurait eu un salaire toutes les semaines, ce qui lui aurait permis de se tenir à flot sans épuiser tout son argent et se retrouver le bec à l'eau à un moment donné.

Il y a des propositions qui ont été faites pour les aidants naturels, mais si on paye quelqu'un dans une institution, l'aidant pourrait aussi avoir un salaire parce que c'est plus que 40 heures semaine, c'est 7 jours/semaine. Je pense que pendant toute la période où ils sont aidants, ils devraient avoir un salaire, peut-être pas 20 \$, 30 \$ l'heure, mais au moins 8 \$ à 10 \$ l'heure pour une semaine de 40 heures.

C'est ce que je voulais dire. Autrement, ils sont généreux, mais ils se retrouvent dans des conditions difficiles.

[Traduction]

La présidente : Merci beaucoup de cet ajout très nécessaire à ce que nous avons déjà entendu. Il est utile pour nous de prendre connaissance d'histoires personnelles comme la vôtre.

J'aimerais maintenant inviter à microphone Gilles Grenier.

[Translation]

Gilles Grenier, as an individual: Over the lunch hour, I read about Quebecers' drug costs in the *Journal de Montréal*; they spend about \$832 a year on drugs, and most drugs have serious side effects.

I have a friend who has scoliosis in her spinal column. She worked with a couple who had Alzheimer's. It is strange, but the couple had the disease at the same time. She worked a number of hours and wanted to show that she was able to work, but what happened is that, when she left, she could no longer wear the same clothing. The doctor said her scoliosis had shifted about 55 degrees. I provided her with what she needed, but she had to see an orthopedic specialist at Sacré-Cœur Hospital in Montreal, a Dr. Morin. In the end, she tried an anti-inflammatory because she had serious pain and could not sleep at night. During the day, a lack of sleep at night affects the nervous system. He prescribed her anti-inflammatory after anti-inflammatory, and she still had pain. Even in her left arm, it was as though it was paralyzing. She picked up dishes and almost dropped them. Her name is France, and I told her, "while you are at it, France, you might as well take 94-proof alcohol." You know, the old people took it. They did not care about anti-inflammatories. That is what my father took. He never went to the hospital, he never went to see doctors, and yet he died at 83 years of age, and my mother died when she was 87. My grandfather was a farmer and, to do a day's work, drank a glass of gin in the morning, and that gave him some pep. It worked, and he was virtually never in the hospital. It was only at the age of 83 that he was forced to go to the hospital.

I told my friend to go and see Dr. Clark, who used to be on Dufferin Street, and he worked at Sherbrooke Hospital. He was a very good family doctor, and he was her family doctor. He prescribed her some Revitolus (ph), in vials to be taken orally. One is black, which is animal glands, and another is 1,000 mg of vitamin C. You take that in the morning before breakfast with a little water. I added two or three drops of holy water. I know how to make holy water. Revitolus was prescribed for people who had had an operation, to make them stronger, so they could get out of hospital sooner. It really braces you. I started taking it myself, and you would think it gives you a more harmonious voice, and I feel stronger too. A little more and people would take me for Hercules, the god of musculature: "Back off, Hercules is coming through."

In any case, whatever may happen, I think you have to reduce the cost of drugs and prevent side effects as much as possible. If people have too much pain, a good shot of 94-proof alcohol, not to get drunk, and you ultimately forget a lot of pain with that.

[Français]

Gilles Grenier, à titre personnel : Sur l'heure du dîner, je lisais dans le *Journal de Montréal*, concernant les coûts des médicaments des Québécois; ils dépensent environ 832 \$ par année pour des médicaments, et la majorité des médicaments ont tous de graves effets secondaires.

J'ai une amie qui a la scoliose de la colonne vertébrale. Elle a travaillé avec un couple qui avait l'Alzheimer. C'est étrange, mais le couple a eu la maladie en même temps. Elle travaillait plusieurs heures, elle voulait montrer qu'elle était capable de travailler, mais ce qui est arrivé c'est que quand elle a laissé, elle n'était plus capable de porter les mêmes vêtements. Sa scoliose avait bougé, le médecin disait d'environ 55 degrés. Moi, je lui ai fourni ce qui était nécessaire, mais il fallait qu'elle voie un orthopédiste à l'hôpital Sacré-Cœur à Montréal, un Dr Morin. Finalement, elle essayait un anti-inflammatoire parce qu'elle avait des douleurs énormes, elle ne pouvait pas dormir la nuit. Durant la journée, cela tombe sur le système nerveux quand quelqu'un ne dort pas la nuit. Il lui prescrivait un anti-inflammatoire par-dessus anti-inflammatoire, et elle avait toujours des douleurs. Même au niveau du bras gauche, c'était comme s'il était en train de paralyser. Elle prenait de la vaisselle et elle risquait de l'échapper. Elle s'appelle France et je lui ai dit, « Tant qu'à faire, France, tu es aussi bien de prendre de l'alcool à 94 p. 100. » Vous savez, les vieux en prenaient. Ils se fichaient des anti-inflammatoires. Mon père, lui, c'était ce qu'il prenait. Il n'allait jamais à l'hôpital, il n'allait jamais voir de médecins, et pourtant il est décédé à 83 ans, et ma mère est décédée à 87 ans. Mon grand-père était fermier et, pour faire une journée de travail, prenait un petit verre de Gin le matin et cela lui donnait du « pep ». Il fonctionnait et il n'est à peu près jamais allé à l'hôpital. C'est juste à l'âge de 83 ans qu'il a été obligé d'aller à l'hôpital.

J'ai dit à mon amie de voir le Dr Clark qui était sur la rue Dufferin auparavant et il travaillait au Sherbrooke Hospital. C'était un très bon médecin de famille et c'était son médecin de famille. Il lui a prescrit du Revitolus (ph), des ampoules buvables. Il y en a une qui est noire, c'est des glandes animales, et une autre c'est 1 000 mg de vitamine C. Quelqu'un prend cela le matin à jeun avec un peu d'eau. Moi, j'ai rajouté 2-3 gouttes d'eau bénite. Je sais comment faire de l'eau bénite. Le Revitolus était prescrit pour des gens qui avaient subi une opération chirurgicale, pour les renforcer, pour les sortir le plus vite des hôpitaux. Cela renforce énormément. Moi-même, j'ai commencé à en prendre, et on dirait que cela donne une voix plus harmonieuse, et je me sens plus fort en plus. Un peu plus, je me prendrais pour Hercules, le dieu de la musculature, « Herculez-vous, on avance ».

En tout cas, adienne que pourra, je pense qu'il faut diminuer le coût des médicaments et éviter le plus possible d'effets secondaires. Si les gens ont trop de douleur, un bon coup d'alcool à 94 p. 100, pas pour se mettre « paf », et en fin de compte, vous oubliez bien des douleurs avec cela.

[English]

The Chair: Thank you, Mr. Grenier.

Is there anybody else who would like to come forward?

[Translation]

André Fréchette, as an individual: I am a member of the Sherbrooke Community Association, which works for people 50 years of age and over. We manage an activity centre, a centre that organizes physical, cultural and educational activities. We also have the meals on wheels component, which delivers 325 meals a day in greater Sherbrooke. We say Sherbrooke is big, with a population of 150,000. Every day at noon, five days a week, we deliver between 325 and 350 meals.

When I received your document, your interim report, I was very interested in the first option, which was to grant a tax credit for volunteers. I have been a volunteer for eight years. I was lucky to be able to take a very good early retirement, but a lot of my co-workers are drivers and use their own cars to deliver meals. With the cost of gasoline, the people involved in this volunteer activity receive compensation of about \$7 to \$8 to drive 30 to 40 km to make deliveries. So that is very little, and that means we have a lot of trouble finding volunteers, even if we pay them a little compensation.

This would be important because we realize that the baby boomers, the people who had the privilege of having good jobs, once they retire, have a lot of other projects to do, personal projects, work on their homes, travel, new sports they want to master. So a tax credit would be very important.

Another of your options is very important, the one in which you talk about natural caregivers.

Before coming here today, for example, between 10:30 a.m. and noon, I delivered exactly 30 meals. What saddens me is to see that people are alone. The seniors we deliver lunches to are not miserable, but what is unfortunate is to see that it is not one of their children who comes to deliver their meal; it is a stranger.

There is one case, a 40-year-old man who comes and has lunch with his mother every day. He does not have the time to prepare a meal for her. He brings his own lunch, and he eats with his mother. I arrive and I give his mother the hot meal. I find it sad that this guy cannot get a tax credit to come and prepare his mother's meal himself, or just be there to receive it and not be penalized for his job.

Today I had a student from the University of Sherbrooke, a Senegalese, whom I was introducing to volunteer work, and that student from Senegal told me: "Mr. Fréchette, I find it extremely sad to see the situation you have shown me today, 30 elderly persons at home alone at lunch time. In my country, we are poor, but we would not see that." That is the conclusion of someone who looks at us from the outside.

[Traduction]

La présidente : Merci, monsieur Grenier.

Quelqu'un d'autre veut-il prendre la parole?

[Français]

André Fréchette, à titre personnel : Je suis membre de l'Association communautaire de Sherbrooke, qui oeuvre pour les personnes de 50 ans et plus. On s'occupe d'un centre d'activités, un centre qui organise des activités physiques, culturelles et éducatives. On a aussi le volet Popotte roulante, qui permet de livrer 325 repas tous les jours dans la grande ville de Sherbrooke. Nous, on dit que c'est grand, Sherbrooke, 150 000 de population. À chaque midi, 5 jours/semaine, on va livrer entre 325 et 350 repas.

Quand j'ai reçu votre document, votre rapport provisoire, j'ai été très intéressé par la première option, qui était d'accorder un crédit d'impôt pour les bénévoles. Moi, je suis bénévole depuis huit ans. J'ai eu la chance de prendre une préretraite quand même très intéressante, mais il y a beaucoup de mes collègues qui sont chauffeurs et qui utilisent leur propre auto pour faire la livraison des repas. Avec le coût de l'essence, les gens qui font cette activité bénévole, reçoivent une compensation d'à peu près de 7 \$ à 8 \$ pour faire 30-40 km de livraison. Donc, c'est très peu et cela fait en sorte qu'on a beaucoup de difficulté à avoir des bénévoles, même si on leur donne une petite compensation.

Ce serait important, parce qu'on s'aperçoit que les baby-boomers, les gens qui ont eu le privilège d'avoir de bons emplois, lorsqu'ils deviennent retraités, ont beaucoup d'autres projets à faire, des projets personnels, des travaux sur leur maison, des voyages, des nouveaux sports qu'ils veulent maîtriser. Donc, un crédit d'impôt serait très important.

Il y a une autre de vos options qui est très importante, celle où vous parlez d'aidants naturels.

Aujourd'hui, par exemple, avant de venir ici, entre 10 h 30 et midi, j'ai livré 30 repas exactement. Ce qui m'attriste c'est de voir des gens qui sont seuls. Les personnes âgées à qui on va porter les dîners ne sont pas misérables, mais ce qui est dommage est de voir que ce n'est pas un de leur enfant qui vient leur porter le repas, c'est un étranger.

Il y a un cas où il y a un homme de 40 ans qui vient dîner avec sa mère tous les jours. Il n'a pas le temps de lui préparer un repas. Lui-même s'apporte un lunch, et il le mange avec sa mère. Moi, j'arrive et je donne le repas chaud à sa mère. Je trouve cela triste que ce gars-là ne puisse pas avoir un crédit d'impôt pour venir préparer lui-même le repas à sa mère, ou bien juste être là pour le recevoir et ne pas être pénalisé pour son emploi.

Aujourd'hui, comme voltigeur, j'avais un étudiant de l'Université de Sherbrooke, un Sénégalais, que j'initiais au travail de bénévole, et cet étudiant du Sénégal me disait : « Monsieur Fréchette, je trouve cela extrêmement triste de voir la réalité que vous m'avez montrée aujourd'hui, 30 personnes âgées chez elles, seules, sur l'heure du midi. Dans mon pays, on est pauvre, mais on ne verrait pas cela. » C'est la conclusion de quelqu'un qui nous regarde de l'extérieur.

So, yes, a tax credit for volunteers, for the people who want to be volunteers, and not to have to be out of pocket, because some cannot afford to pay for gasoline, to pay for their travel, and a tax credit as well for natural caregivers so it is not strangers, so that it is people who are related. Being served a meal by a stranger is different. We can be as polite and nice as we can, but that is not like a son or a daughter bringing the food. That was my message. Thank you very much, and good luck to the committee.

[*English*]

The Chair: Thank you very much for that presentation.

That concludes our meetings in Sherbrooke.

The committee adjourned.

Donc, oui, un crédit d'impôt pour les bénévoles, pour les gens qui veulent être bénévoles, et ne pas avoir à déboursier, parce qu'il y en a qui n'ont pas les moyens de payer l'essence, de payer leurs déplacements, et un crédit d'impôt aussi pour les aidants naturels pour que ce ne soit pas des étrangers, que ce soit des gens de la parenté. Cela fait une différence de se faire servir un repas par un étranger. On a beau être poli et gentil, mais ce n'est pas comme si c'était un garçon ou une fille qui va porter la nourriture. C'était mon message. Merci beaucoup, et bonne chance au comité.

[*Traduction*]

La présidente : Merci beaucoup de cet exposé.

Voilà qui met fin à nos réunions à Sherbrooke.

La séance est levée.

Table régionale de concertation des aînées et des retraités de l'Estrie:

Paul Rodrigue, Treasurer;
Jacques Demers, Secretary.

University of Third Age:

Gilles Beaulieu, Development Officer.

As individuals:

Marie Beaulieu, Professor, Social Services, University of
Sherbrooke;
Monique Joyal-Painchaud;
Gilles Grenier;
André Fréchette.

Table régionale de concertation des aînés et des retraités de l'Estrie :

Paul Rodrigue, trésorier;
Jacques Demers, secrétaire.

Université du troisième âge :

Gilles Beaulieu, agent de développement.

À titre personnel :

Marie Beaulieu, professeure, Service social, Université de
Sherbrooke;
Monique Joyal-Painchaud;
Gilles Grenier;
André Fréchette.



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 16, 2008 (morning meeting)

As individuals:

Dr. Réjean Hébert, Dean, Faculty of Medicine and Health Sciences,
University of Sherbrooke.

Dr. Hélène Payette, Professor, Department of Community Health
Sciences, Faculty of Medicine and Health Sciences, University of
Sherbrooke.

Centre for Research on Aging:

Dr. Stephen Cunnane, Director.

*Association estrienne pour l'information et la formation aux aînées et
aînés (AEIFA):*

Sylvie Morin, Coordinator.

Agence Continuum Inc.:

Hélène Gravel, Chair.

Friday, May 16, 2008 (afternoon meeting)

Quebec Elders' Council:

William Murray, Research Officer.

(Continued on previous page)

TÉMOINS

Le vendredi 16 mai 2008 (séance du matin)

À titre personnel :

Dr Réjean Hébert, doyen, Faculté de médecine et des sciences de la
santé, Université de Sherbrooke.

Dr Hélène Payette, professeure, Département de sciences de la santé
communautaire, Faculté de médecine et des sciences de la santé,
Université de Sherbrooke.

Centre de recherché sur le vieillissement :

Dr Stephen Cunnane, directeur.

*Association estrienne pour l'information et la formation aux aînées et
aînés (AEIFA) :*

Sylvie Morin, coordonnatrice.

Agence Continuum Inc. :

Hélène Gravel, présidente.

Le vendredi 16 mai (séance de l'après-midi)

Conseil des aînés du Québec :

William Murray, agent de recherche.

(Suite à la page précédente)